



Luís Filipe de Sousa
Meireles

Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico

Relatório de Trabalho de Projeto

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Lurdes Martins.

Outubro 2016



Luís Filipe de Sousa
Meireles

**Cuidados de Enfermagem à
Pessoa Vítima de Traumatismo
Torácico**

Relatório de Trabalho de Projeto

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Lurdes Martins.

Outubro 2016

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de forma direta ou indireta permitiram e facilitaram o desenvolvimento deste relatório.

Um agradecimento em particular à Professora Doutora Lurdes Martins pela disponibilidade, paciência e orientação em todo o percurso efetuado; à Enfermeira Mónica Veríssimo pelo envolvimento, partilha e incentivo desde o início do projeto.

À minha família, por tudo.

RESUMO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e reflete duas dimensões, a primeira que se prende com a elaboração de um Projeto de Desenvolvimento Académico sobre uma temática selecionada pelo estudante, identificada como sendo um défice de conhecimento, e que, através da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura, permite a consolidação de conhecimentos mas também o desenvolvimento das competências de mestre. O tema abordado são os Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma Torácico. Por outro lado, o presente relatório aborda uma segunda dimensão, que compreende um Projeto de Aprendizagem de Clínicas, que reflete o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e especializadas de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de estágio clínico que decorreu num Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Os objetivos do relatório são: enquadrar conceptualmente e teoricamente o trabalho desenvolvido; Apresentar uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o tema proposto seguindo a metodologia de projeto; Analisar criticamente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas no decorrer dos estágios clínicos e em articulação com a elaboração do Projeto de Desenvolvimento Académico; Analisar criticamente o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Enfermagem; Traumatismo Torácico; Intervenções de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem

ABSTRACT

The present project work report comes under the 4th Master course in Medical-Surgical Nursing at the Health Superior School of the Setúbal Polytechnic Institute, and reflects two dimensions, the development of an Academic Development Project on a theme selected by the student, identified as a lack of knowledge, and that through the development of an Integrative Review of Literature allows the consolidation of knowledge but also the development of master skills. The topic discussed is the nursing care to the person victim of Chest Trauma. On the other hand, the present report deals with a second dimension, which includes a Clinic Learning Project, which reflects the development and acquisition of the common and specialized skills of a nurse specialist in medical-surgical Nursing, in the context of clinical stage held in an Emergency Department of a Hospital Centre on the southern shore of Lisbon.

The objectives of the report are: frame conceptually and theoretically work; Perform an Integrative Review of Literature on the topic proposed following the project work methodology; Examine critically the specific skills of the nurse specialist in medical-surgical Nursing developed during clinical stages and in conjunction with the Academic Development Project; Examine critically the skills profile of the Medical-surgical Nursing Master.

Key-words: Nursing; Chest Trauma; Nursing interventions; Nursing diagnoses

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

AACN – *American Association of Critical-Care Nurses*

BO – Bloco Operatório

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System*

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EOT – Entubação Oro Traqueal

ESS – Escola Superior de Saúde

GCL – Grupo Coordenação Local

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MCD – Meio Complementar Diagnóstico

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aquisição de Competências

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Serviço de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
1.1. Teorias de Enfermagem	17
2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO (PDA).....	23
2.1. Enquadramento Teórico	23
2.2. Diagnóstico de Situação	29
2.3. Método de Investigação.....	31
2.4. Resultados.....	33
2.5. Discussão	50
2.6. Considerações Finais	60
3. PROJETO DE APRENDIZAGENS CLÍNICAS (PAC).....	63
3.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	63
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	68
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	71
5. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	91
Anexo I – Fluxograma de Triagem (adulto).....	93
Anexo II – Triagem Secundária.....	97
APÊNDICES	101
Apêndice I – Ficha de Diagnóstico de Situação.....	103
Apêndice II – Ficha de Planeamento de Projeto	109
Apêndice III – Cronograma	115
Apêndice IV – Artigo Científico: <i>Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico.</i>	119

INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

A elaboração deste relatório e a sua posterior discussão pública, visa uma continuidade no que diz respeito ao processo de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como, o desenvolvimento das competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Serão contemplados no presente relatório os Estágios I e II realizados no decorrer do segundo semestre do curso, com a duração de dezasseis semanas, entre 16 de Março e 11 de Julho de 2015, contemplando um total de 16 ECTS, correspondentes a 432 horas, divididas em 14 horas na ESS, 167 horas de contacto em estágio e 251 horas de trabalho do estudante, mas também o Estágio III que teve lugar no terceiro semestre do curso, num total de 16 ECTS com a duração de 432 horas, divididas em 14h na ESS, 332 horas em contexto de estágio e 86 horas de trabalho autónomo do estudante, sendo que 4 horas foram destinadas ao processo de avaliação.

Os Estágios decorreram num serviço previamente selecionado pelo estudante, nomeadamente o Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Foi permitida a seleção entre o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) ou um Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) de acordo com uma necessidade identificada no serviço ou individualmente, seguindo a metodologia de trabalho de projeto, independentemente da opção, isto é, uma metodologia que se baseia no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Lunney, 2010). Legare e Sawatzky (2010) refere que a excelência dos cuidados de enfermagem pode ser promovida através da investigação em enfermagem.

O projeto desenvolvido prende-se com uma necessidade sentida pelo estudante, face a uma lacuna no conhecimento sobre a temática, sendo o mesmo proveitoso para a sua práxis enquanto enfermeiro de um serviço de Urgência Geral. O tema do PDA - “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico” - permitiu ao estudante adquirir conhecimentos teórico-práticos que reverteram para a melhoria da qualidade/segurança dos cuidados prestados, assim como, permitiu um desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica através do desenvolvimento de uma Revisão Integrativa da Literatura. Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) este tipo de estudo deve ser escolhido quando se pretende realizar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado.



Os objetivos do presente documento visam realizar de forma clara, lógica e sistemática um enquadramento conceptual que sustente a visão e a ideologia que definem as opções e o desenvolvimento de competências e intervenções relacionadas com o PDA e PAC; apresentar um enquadramento teórico ao tema a ser desenvolvido de forma a facilitar a compreensão dos contributos investigados; evidenciar o trabalho desenvolvido em contexto de Estágio, no que diz respeito às diferentes etapas da metodologia de projeto; realizar uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o tema selecionado; efetuar uma análise crítica do percurso desenvolvido e das perspetivas de desenvolvimento a nível das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em situação Crónica e Paliativa, de acordo com o regulamento aprovado pela Ordem dos Enfermeiros; analisar criticamente o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica correlacionando-as com o processo de desenvolvimento do PDA e PAC.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento conceptual, onde são descritas as teóricas de Enfermagem que sustentam a visão do autor, permitindo deste modo uma abordagem inicial a um nível mais abstrato do conhecimento. Segue-se o segundo capítulo onde se aborda o PDA e todas as etapas inerentes a execução do mesmo, inicialmente através de um enquadramento teórico sobre a temática selecionada, seguido das demais etapas compreendidas na metodologia de trabalho de projeto; O terceiro capítulo, por sua vez, aborda o PAC, tendo em conta a análise reflexiva já realizada pelo estudante no sentido de apurar o conjunto das competências já mobilizadas assim como, as suas lacunas/dificuldades, as estratégias e o desenvolvimento das mesmas no decorrer dos estágios clínicos em contexto hospitalar sobre a orientação de uma enfermeira especialista e a docente de referência; O quarto capítulo aborda a análise de competências esperadas para um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que serão interpretadas as ações dos estudante que refletem o desenvolvimento e consequente aquisição das competências de Mestre; Por fim, o quinto capítulo consagra uma síntese reflexiva sobre os aspetos abordados com a realização deste relatório, assim como, uma análise aos objetivos estipulados e ao percurso do estudante enquanto futuro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho encontra-se de acordo com a Norma APA e redigido com o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.



1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Ordem dos Enfermeiros (2001) descreve como conceitos meta paradigmáticos da Enfermagem em Portugal: a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem.

A saúde trata-se de um estado e de uma representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual de cada pessoa tendo em conta a subjetividade inerente à perceção individual de cada um. Como tal, trata-se de um processo contínuo e dinâmico, na procura de um estado de equilíbrio de acordo com os momentos vivenciados.

A pessoa tem que ser encarada como una e indivisível, com dignidade própria e autodeterminação, que influencia e é influenciada pelo ambiente, pelas suas crenças e desejos, e que atende ao seu próprio projeto de vida.

O ambiente, por sua vez, afeta e condiciona o conceito de saúde das pessoas através dos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.

Os cuidados de Enfermagem baseiam-se na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/comunidade tendo em consideração o projeto de saúde de cada indivíduo, *“procurando ao longo do seu ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional ao deficits e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”* O enfermeiro assume a responsabilidade inerente às intervenções de enfermagem realizadas, independentemente do cariz autónomo ou interdependente, como tal, o processo de tomada de decisão do enfermeiro deverá incorporar os resultados de investigação, assim como, reconhecer que a produção de guias orientadoras baseadas na evidência constitui uma base fundamental para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

1.1. Teorias de Enfermagem

A seleção da teoria de enfermagem que conduz a prática profissional, não se trata de uma decisão fácil devido às diferentes organizações e perspetivas das teorias disponíveis, assim como, das suas discrições e relacionamentos entre conceitos centrais da disciplina (Christensen e Kenney, 1990).

Centrando-se o desenvolvimento do projeto proposto na área de cuidados críticos, mais particularmente em situações de pessoas vitimas de traumatismo torácico, uma das teorias de enfermagem que surge de forma natural é a da **Teoria da Incerteza** de Merle Mishel, isto porque, esta teoria de médio alcance (possui um foco de interesse mais limitado que uma teoria; determina o estado



de saúde da pessoa) reconceptualizada em 1990, aborda a forma como a pessoa em situação aguda ou crónica pode vivenciar a situação de incerteza na doença, considerando os antecedentes da incerteza, a forma como aprecia a incerteza, e como lida com essa mesma incerteza (Alligood e Tomey, 2002).

Para Mishel, citada por Bailey e Stewart (2002), a incerteza é caracterizada como *“a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão”*. Segundo Alligood e Tomey (2002), a incerteza trata-se de um *“estado cognitivo resultante de pistas insuficientes com as quais se forma um esquema cognitivo, ou uma representação interna de uma situação ou evento”*.

A teórica define os restantes conceitos basilares da teoria, que são:

- ✓ Esquema Cognitivo que é a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização.
- ✓ Quadro de estímulos que é a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são posteriormente estruturados num esquema cognitivo.
- ✓ Fornecedores de estrutura que são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos, influenciados pela credibilidade da autoridade e apoios sociais, isto é, influenciam a incerteza de acordo como grau de confiança da pessoa nos prestadores de cuidados de saúde, assim como no auxílio obtido para a interpretação do significado dos eventos.
- ✓ Capacidades cognitivas são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, refletindo tanto as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais.
- ✓ Inferência que diz respeito à avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas.
- ✓ Ilusão que diz respeito a crenças elaboradas a partir da incerteza.
- ✓ Adaptação que reflete comportamentos biopsicossociais que sucedem na pluralidade de comportamentos das pessoas individualmente definidas.
- ✓ Nova perspetiva de vida que diz respeito à elaboração de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza continua na autoestrutura, sendo esta aceite como ritmo de vida natural.
- ✓ Pensamento probabilístico que diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínua é abandonada (Bailey e Stewart, 2002).



Mishel considera que a gestão da incerteza é essencial para a adaptação durante a doença e, deste modo, é fundamental perceber a forma como os indivíduos processam cognitivamente os eventos associados à doença e constroem um sentido a partir deles.

A teoria da Incerteza apresenta como postulados as seguintes relações entre conceitos:

- ✓ A incerteza sucede quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes;
- ✓ A incerteza pode traduzir-se em ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade;
- ✓ A incerteza avaliada como perigo despoleta esforços de *coping* orientados no sentido de reduzir a incerteza e gerir as emoções por ela gerado;
- ✓ A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido da conservação da incerteza;
- ✓ A eficácia dos esforços de *coping* na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade, medeia a influência da incerteza sobre os resultados psicológicos;
- ✓ Quando a incerteza avaliada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser aplicadas estratégias de *coping* para gerir a resposta emocional;
- ✓ A duração da incerteza no contexto da doença, está relacionada com a instabilidade do modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo;
- ✓ Em situações de incerteza continua, a pessoa pode desenvolver uma nova perspetiva de vida probabilística em que a incerteza é aceite como parte natural da vida;
- ✓ Os fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico podem bloquear ou prolongar o processo de interação da incerteza continua numa nova visão da vida;
- ✓ A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode levar a pensamentos incómodos, à revogação e a uma grave perturbação emocional;
- ✓ O quadro de estímulos - padrão de sintomas (de ameaça à vida e/ou doença, natureza ambígua, gravidade, intensidade ao longo do processo de doença, duração e imprevisibilidade), a familiaridade do evento e a congruência do evento - interfere na apreciação positiva ou negativa da incerteza, levando consequentemente à sua redução ou continuidade;



- ✓ Os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos (Bailey e Stewart, 2002; Mishel, 1988).

A ansiedade, depressão, desespero, angústia, a diminuição da qualidade de vida, da satisfação com as relações familiares, com os cuidados de saúde e do autocuidado são consequências que poderão advir de uma situação de incerteza, podendo interferir com a adesão ao tratamento e com o processo motivacional da pessoa.

O enfermeiro, como fornecedor de estrutura, através do estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa e família, constitui um apoio fundamental para minimizar diretamente a incerteza, ajudando a pessoa na interpretação do significado dos eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos (Bailey e Stewart, 2002).

Uma abordagem complementar, segundo outro prisma conceptual, dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico, pode basear-se em Kolcaba e na sua **Teoria do Conforto**, designada como teoria de médio alcance, e que considera que os seres humanos possuem respostas globais aos estímulos complexos. O conforto, o conceito basilar desta teoria, é definido como sendo o nível imediato de estar fortalecido através da satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos de experiência físico, psico-espiritual, social-cultural e ambiental. Trata-se de uma experiência imediata e holística fortalecida pela satisfação das necessidades de conforto através da implementação de medidas de conforto (intervenções de Enfermagem que colmatam as necessidades de conforto das pessoas a todos os níveis que podem ser influenciadas por variáveis intervenientes, pelo comportamento de procura de saúde e pela integridade institucional (Alligood e Tomey, 2003).

A teórica categoriza o conforto como:

- ✓ Propulsor da visão holística dos cuidados de Enfermagem;
- ✓ Uma necessidade procurada pelos seres humanos;
- ✓ Motivacional no empreendimento de comportamentos de procura de saúde e consequente satisfação com os cuidados de saúde (Alligood e Tomey, 2003).

O enfermeiro deverá conseguir almejar uma abordagem holística com base numa relação terapêutica no cuidado à pessoa, de forma sustentada numa prática baseada na evidência. Pode-se afirmar, baseado nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, emitidas pela Ordem dos Enfermeiros,



que o desenvolvimento e aplicabilidade destas competências em contexto da prática compreende todo um aporte teórico conceptual anteriormente descrito.

A relevância do holismo nos cuidados enfermagem é de igual forma evidenciado no **Modelo de Sinergia** da AACN (*American Association of Critical-Care Nurses*) cujo conceito basilar sugere que as necessidades e/ou características das pessoas e familiares influenciam e conduzem as características ou competências dos enfermeiros, sendo que a sinergia funciona quando para determinadas necessidades ou características da pessoa, unidade clinica ou sistema existe uma ligação às competências de um determinado enfermeiro.

O modelo sugere a ideia de que quanto mais comprometidos as pessoas estão nos seus processos de saúde e doença mais complexas serão as suas necessidades. Estas necessidades evidenciadas pela pessoa e família são o fio condutor da dimensão prática do enfermeiro, sendo que requer que o enfermeiro seja proficiente nas múltiplas dimensões do cuidado. Se tal acontecer, isto é, se as competências do enfermeiro responderem às necessidades da pessoa, assim como, se as suas características se compatibilizarem, os resultados obtidos serão otimizados.

Segundo Herrington (2010), este modelo pressupõe:

- ✓ O enfermeiro cria o ambiente para o cuidado ao cliente. O contexto/ambiente de cuidado também afeta o que o enfermeiro pode fazer;
- ✓ O enfermeiro pode trabalhar para otimizar os resultados dos clientes, famílias, cuidadores e sistemas/organizações de saúde.
- ✓ O enfermeiro traz a sua experiencia para cada situação, incluído os vários níveis de formação / conhecimento e competências/prática.

Em suma, os cuidados de Enfermagem refletem uma integração de conhecimentos, competências, experiencia e atitudes que são necessárias para responder às necessidades dos clientes e famílias. Assim sendo, as características do enfermeiro derivam das necessidades do cliente. As características são avaliadas segundo o nível de *expertise* de competente a perito (AACN, s.d.).

Seguindo esta linha de pensamento, e mencionando Benner (1982), os enfermeiros têm que participar na prática dos cuidados para obterem noção da complexidade e perícia requerida, sendo considerados tanto melhores quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho.

A experiência permite ao enfermeiro ser proficiente, o que segundo Benner, representa a autoridade intelectual e científica entendida como a associação entre o conhecimento teórico (saber o quê) e pratico (saber como).



O perito é o enfermeiro de referência que pode conduzir o processo de integração de novos enfermeiros, ou colegas sem experiência, uma vez que, utiliza o seu conhecimento prático para ensinar outros, influenciando-os a intervir em benefício dos clientes (Nunes, 2010).

Do enquadramento concetual proposto pela OE (2001) emergiram os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem, que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Tratam-se de indicadores que permitem uma análise objetiva e mensurável dos resultados obtidos através dos pressupostos orientadores predefinidos, ou seja, objetiva-se que sejam um instrumento que permita clarificar o papel do enfermeiro junto das pessoas, dos restantes profissionais, do público e dos políticos.

A OE (2001) define seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Com base neste enquadramento, é possível encaminhar e avaliar o desenvolvimento de competências no decorrer dos Estágios e da prática clínica, no sentido de direcionar e sustentar a práxis segundo uma determinada perspetiva sobre a disciplina de Enfermagem.

A avaliação das competências e respetivas unidades de competência, descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista emitidas pela OE, estão devidamente identificadas e explicitadas nos critérios de avaliação propostos.



2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO (PDA)

A realização de um Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) prende-se com a identificação de uma necessidade sentida pelo próprio estudante no sentido de aumentar/desenvolver conhecimentos sobre traumatologia, mais especificamente, traumatismo torácico, para que possa apresentar no futuro uma resposta mais eficaz e suportada pela evidência científica atual, no sentido de almejar a excelência nos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, mais especificamente, à pessoa vítima de trauma torácico.

Trata-se de uma problemática recorrente na prática de um enfermeiro de um serviço de Urgência. O processo, desde a identificação e preparação para a intervenção mais adequada, até aos cuidados de Enfermagem à pessoa (antes, durante e após a mesma) são fundamentais para a eficácia do plano terapêutico, assim como, para assegurar a “melhor” experiência possível por parte da pessoa face a uma situação de crise.

O défice de conhecimentos aprofundados sobre esta temática emergiu a necessidade de elaboração de uma pesquisa aprofundada e sistematizada sobre o mesmo, de forma a possibilitar, no futuro, uma intervenção de excelência por parte do enfermeiro, e possibilitar de igual forma, o agir como referência no seio da equipa.

2.1. Enquadramento Teórico

Segundo Meira *et. al.* (2009), anualmente, os traumatismos torácicos representam a segunda causa de morte em pessoas vítimas de trauma. Existe uma elevada mortalidade associada a eventos de trauma torácico, cerca de 25% do total de mortes em vítimas de trauma, sendo que frequentemente as pessoas vítimas deste tipo de trauma acabam por falecer no próprio local do acidente. (Valente *et al.* 2013; Meira *et. al.*; 2009).

Algumas lesões podem causar morte imediata, como as lesões de grandes vasos ou a rotura cardíaca. Outras colocam em risco a vida da vítima, como a obstrução da via aérea, o pneumotórax hipertensivo, o hemotórax maciço e o tamponamento cardíaco. (Valente *et al.* 2013)

Por outro lado, existe uma correlação entre o tempo e o início do tratamento adequado no que diz respeito à taxa de mortalidade associada a estas situações. Meira *et. al.* (2009) refere que apenas cerca de 15% das pessoas vítimas de trauma necessitarão eventualmente de intervenção cirúrgica, sendo que os restantes casos podem ser tratados *in situ* com intervenções como a colocação de drenagens torácicas ou administração cuidadosa de fluidos. A falha no tratamento adequado ou na



identificação deste tipo de traumatismo poderá resultar facilmente em morte da pessoa (Meira *et. al*; 2009).

O traumatismo torácico é um problema complexo e multidimensional, que se classifica habitualmente segundo a causa (Swearingen e Keen, 2001). As lesões do tórax podem ser categorizadas de acordo com a localização da lesão, nomeadamente, a parede torácica, o sistema pulmonar e cardiovascular. O conhecimento do da energia e força, assim como, da localização específica da lesão, permite antecipar possíveis lesões e sinais e sintomas associados, como por exemplo, dispneia, dor, ansiedade e arritmias (Legare e Sawatzky, 2010).

O mecanismo de lesão é uma transferência de energia de uma fonte externa para o corpo da pessoa, sendo que esta transferência de energia causa padrões de lesões previsíveis (Legare e Sawatzky, 2010).

Podem-se categorizar dois grupos de trauma torácico de acordo com o mecanismo de lesão, nomeadamente o **trauma fechado** e o **trauma penetrante**. Nas situações de **trauma fechado**, habitualmente a lesão é “fechada”, no sentido de não existir comunicação da cavidade torácica com a pressão atmosférica exterior (Swearingen e Keen, 2001) e surge na sequência de uma desaceleração rápida, ou de um impacto direto ou de compressão. (Valente *et.al*; 2013).

As situações de **trauma penetrante** surgem na sequência de uma violação da parede torácica por um qualquer objeto. Este mecanismo poderá lesar as estruturas subjacentes à ferida torácica produzida. As causas poderão ser devido a: arma de fogo; arma branca; outros objetos perfurantes; empalamentos (postes/vedações) e/ou fragmentos projetados na sequência de uma explosão (Valente *et. al*; 2013).

Consoante o nível de energia, a nível do trauma penetrante podem-se classificar as lesões por serem provocadas por armas de baixa, média ou alta energia. Quando existe uma alta transferência de energia, em situações de lesões por arma de fogo, por exemplo, dá-se o processo de cavitação, que poderá ser temporário e/ou permanente. Este processo tem subjacente uma ação direta que se refere ao impacto do projétil, que empurra e lesiona os tecidos, deslocando-os. Por outro lado, possui uma ação indireta, em que é formada uma cavidade permanente e temporária. A cavidade permanente é provocada pelo projétil ao romper os tecidos e caracteriza-se por uma área de necrose localizada, proporcional ao tamanho do projétil que atingiu os tecidos. A cavidade temporária é produzida pela intensidade do choque do projétil na massa líquida dos tecidos. Os tecidos elásticos como os músculos, vasos sanguíneos e pele, são retraídos após a passagem do projétil voltando depois à sua



posição normal. Quanto maior a velocidade e o calibre do projétil maior será a cavitação temporária e logo maior a região afetada (Lins *et. al*; 2013; Valente *et. al*; 2013).

Das lesões resultantes de um traumatismo torácico, quer seja fechado ou penetrante, que poderão colocar a vida da pessoa em risco destacam-se: a obstrução da via aérea, o pneumotórax hipertensivo, o pneumotórax aberto; o hemotórax maciço; o retalho costal móvel (*vollet costal/ flail chest*) e o tamponamento cardíaco. (Valente *et.al*. 2013; Meira *et. al*;2009; Yamamoto *et. al*; 2005; Swearingen e Keen, 2001).

Destaca-se ainda as denominadas seis lesões ocultas que poderão advir de uma situação de traumatismo torácico e que são de difícil diagnóstico numa abordagem inicial: a Rotura Traumática da Aorta; Rotura Traqueobrônquica; Rotura Esofágica; Contusão Miocárdica; Contusão Pulmonar; Rotura Diafragmática (Valente *et. al*; 2013; Yamamoto *et. al*; 2005).

2.1.1. Obstrução da Via Aérea

A obstrução da via aérea é uma emergência médica que não resolvida em poucos minutos provoca a morte da vítima. As lesões a nível do tórax superior poderão afetar a via aérea, assim como, os fragmentos de fraturas ósseas ou objetos penetrantes que podem lesar a laringe ou a traqueia superior. Por outro lado, no trauma fechado, a existência de hemorragia ou edema a nível da via aérea podem resultar em obstrução da mesma. Os sinais e sintomas que a pessoa poderá apresentar são: encontrar-se inconsciente e sem mobilização de ar na via aérea superior; apresentar ruídos respiratórios como estridor, ressonar ou gorgolejo; apresentar edema, hemorragia ou hematomas no pescoço, clavículas ou esterno (Valente *et.al*. 2013; Swearingen e Keen, 2001).

2.1.2. Pneumotórax Hipertensivo

A pleura é uma dupla camada de membranas serosas que revestem cada pulmão. A pleura visceral cobre o pulmão e a pleura parietal delinea a cavidade torácica. Sob circunstâncias normais o espaço intrapleural contém apenas uma pequena quantidade de fluido lubrificante – numa pessoa saudável é aproximadamente 0.3ml/Kg. O fluido pleural cria uma tensão na superfície e reduz a fricção (Crawford, 2011; Legare e Sawatzky, 2010).

O pneumotórax hipertensivo pode ser causado quer por trauma torácico fechado, quer por trauma torácico penetrante e resulta da acumulação de ar no espaço pleural devido à criação de um mecanismo valvular unidirecional que permite que o ar entre durante a inspiração, mas que o impede de sair durante a expiração. Este mecanismo conduz ao aumento progressivo da quantidade de ar no espaço pleural e, conseqüentemente, da pressão por ele exercida (sob tensão) o que faz com que o



pulmão do lado afetado colapse. Se o ar acumulado não for libertado, poderá condicionar o desvio das estruturas do mediastino e colapso parcial do pulmão contra lateral à lesão, e consequentemente poderá existir um compromisso da função cardíaca por diminuição do retorno venoso e redução do débito cardíaco com hipotensão e choque, assim como, um compromisso da ventilação pelo colapso pulmonar. (Valente *et.al*; 2013; Meira *et. al.* 2009).

Os sinais e sintomas associados a este evento são: Agitação / ansiedade aumentada; Choque (Hipotensão); Dificuldade respiratória; Cianose (sinal tardio); Taquicardia; Assimetria torácica (tórax pode parecer híper insuflado no lado afetado); ausência de sons auscultatórios no lado afetado; Hiperressonância à percussão do lado afetado; Distensão das veias jugulares (poderá não ser evidente se existir choque hipovolémico associado); Desvio da traqueia para o lado contra lateral à lesão (sinal tardio e inconsistente) (Valente *et. al.* 2013; Swearingen e Keen, 2001).

2.1.3. Pneumotórax Aberto

As situações de traumatismo torácico penetrante podem permanecer patentes e provocar um pneumotórax aberto, pela abertura de uma porta de entrada na parede torácica (Valente *et. al.* 2013; Meira *et.al*; 2009).

Estas lesões resultam frequentemente de feridas por armas de fogo ou armas brancas, mas também podem surgir em acidentes de viação ou quedas (Swearingen e Keen, 2001).

Durante a inspiração a excursão diafragmática e a contração dos músculos intercostais eleva a caixa torácica, aumentando o volume intratorácico e diminuindo a pressão, o que permite a passagem de ar para os pulmões de forma passiva (McClintick, 2008).

Quando uma ferida cria uma cavidade aberta na parede torácica, ocorre um equilíbrio entre a pressão atmosférica e a pressão intratorácica. Este equilíbrio é significativo dada a influência do gradiente de pressão para a obtenção de uma ventilação adequada (McClintick, 2008).

Se a ferida resultante do trauma for maior do que dois terços do diâmetro da traqueia, deste modo, o ar preferencialmente entrará pela ferida durante a inspiração inibindo consequentemente a ventilação normal. A entrada de ar no espaço pleural provoca um aumento da pressão intratorácica, impedindo que a mesma quantidade de ar entre para o pulmão, fazendo com que o mediastino se desloque para o lado oposto. Como consequência verifica-se uma redução do volume corrente à custa do aparecimento daquilo que se poderia designar por espaço morto patológico que diminui por sua vez a expansibilidade do pulmão afetado e promove a formação de atelectasias. Esta situação em conjugação com a diminuição do retorno venoso pode levar a uma diminuição do débito cardíaco e à instabilidade hemodinâmica (McClintick, 2008; Meira *et. al*; 2009).



Os sinais e sintomas do pneumotórax aberto são a agitação/ ansiedade da pessoa vítima de trauma; a existência de feridas ou aberturas na parede torácica; dor associada à lesão; dispneia; taquicardia e taquipneia; assimetria torácica; diminuição dos sons auscultatórios no lado afetado; hiperressonância à percussão do lado afetado; dor associada à ferida; o ruído de sucção e o borbulhar originados pela entrada de ar através da ferida (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009; McClintick, 2008; Swearingen e Keen, 2001).

2.1.4. Hemotórax maciço

Situações de hemotórax maciço poderão surgir decorrentes de trauma torácico fechado ou penetrante. Define-se pela rápida acumulação de sangue na cavidade pleural superior a 1500ml ou pela drenagem de um débito de 200ml/h (3ml/Kg/h) (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

A laceração de um vaso intercostal, da artéria mamária interna ou dos próprios vasos do pulmão poderão ser a origem de um hemotórax. Trata-se de uma situação de emergência médica, uma vez que, por um lado constitui por si só uma perda hemática significativa, como por outro lado, esse sangue vai comprimir o pulmão e impedir a sua expansão e consequentemente conduz à hipoxia e hipovolémia. Existe um compromisso circulatório e respiratório subjacente a estas situações (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

Os sinais e sintomas de hemotórax maciço incluem: Choque hemorrágico grave (alteração do estado de consciência, taquicardia, taquipneia e hipotensão); Palidez; Dispneia; Lesões (abrasões e/ou feridas) no hemitorax afetado; Assimetria torácica; Diminuição homolateral dos ruídos pulmonares; Macicez à percussão no hemitorax afetado (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009; Swearingen e Keen, 2001).

2.1.5. Retalho costal móvel

Esta situação pode ocorrer em eventos de trauma torácico fechado e, nomeadamente quando existe um impacto direto sobre o tórax e/ou na ocorrência de forças de compressão (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

No caso de fratura de costelas em dois pontos diferentes da mesma costela e em mais que duas costelas adjacentes, vai criar um segmento livre, isto é, com perda de continuidade com a restante grelha costal, originando um tórax instável (retalho costal móvel) (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

Este segmento livre também pode ser formado pelo esterno, quando se verifica a fratura de várias costelas ou cartilagens de ambos os lados do esterno (Meira *et.al.*; 2009).



Este tipo de lesão origina um movimento paradoxal do segmento afetado consoante os movimentos ventilatórios, ou seja, adota um movimento oposto ao resto da caixa torácica - Durante a inspiração, a descida do diafragma e a elevação das costelas vão criar uma pressão intratorácica negativa que força o ar a entrar para os pulmões mas também vai “puxar” esse retalho livre para dentro; por sua vez, durante a expiração, mesmo que ela seja completamente passiva, verifica-se o movimento inverso, como o retalho a mover-se para fora e o resto da grade costal mover-se para dentro. (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

Decorrente destes movimentos do segmento livre podem resultar hipoxia e hipercapnia, por lesão do tecido pulmonar subjacente (contusão pulmonar) e no caso da pessoa vítima de trauma se encontrar consciente, a dor presente inibirá uma ventilação eficaz (diminuição da amplitude e frequência dos movimentos respiratórios) por agravamento da mesma quando das inspirações mais profundas (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

Os sinais e sintomas associados a este tipo de lesão são: a existência de movimentos anormais na parede torácica, no lado afetado; a palpação de crepitações nos pontos de fratura; Dispneia; Utilização dos músculos respiratórios acessórios; Saturações de Oxigénio baixas; Dor torácica (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009; Swearingen e Keen, 2001).

2.1.6. Tamponamento cardíaco

O tamponamento cardíaco poderá surgir em situações de trauma torácico penetrante, mas também em situações de traumatismo torácico fechado significativo. (Valente *et.al.* 2013).

O coração está revestido pelo pericárdio, que é uma membrana fibrosa dura, fixa e flexível, mas não elástica. Existe um espaço potencial entre o coração e o pericárdio. Em condições normais, este espaço está ocupado por uma pequena quantidade (20 a 30 ml) de um fluido seroso cuja função é reduzir o atrito entre o coração e o pericárdio (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

Em situações em que a cavidade pericárdica é preenchida por sangue, por rotura de vasos decorrente do evento traumático, uma pequena quantidade (~100ml) é suficiente para comprometer as funções do miocárdio, pela compressão do coração, visto o pericárdio não ser distensível. Nestas situações estamos perante um tamponamento cardíaco (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009).

A capacidade de preenchimento do coração será reduzida gradualmente, uma vez que o preenchimento cardíaco é um processo completamente passivo. Como a capacidade de contração está mantida, a acumulação de sangue no saco pericárdico continuará gradualmente a cada sístole, o que levará a uma redução do débito cardíaco. (Meira *et. al.*, 2009)

Segundo Valente *et.al.* 2013, o tamponamento cardíaco deverá ser considerado como “presente até prova em contrário” sempre que exista história de traumatismo penetrante no retângulo formado horizontalmente pela linha da clavícula e verticalmente pelas linhas ao longo dos mamilos até ao rebordo costal – caixa cardíaca.

Os sinais e sintomas associados a uma situação de tamponamento cardíaco poderão ser: Ansiedade/agitação da vítima de trauma; Choque refratário à terapêutica (alteração do estado de consciência; taquicardia, taquipneia e hipotensão); Pulso paradoxal (diminuição da pressão arterial sistólica em 10mmHg quando a vítima inspira); A denominada “*Triade de Beck*” (Hipotensão, distensão das veias jugulares e sons cardíacos abafados); PCR na sequência de trauma torácico (Valente *et.al.* 2013; Meira *et. al.* 2009; Swearingen e Keen, 2001).

Em suma, as situações de trauma torácico envolvem várias estruturas anatómicas, o que poderá traduzir-se em várias repercussões potencialmente fatais para a pessoa vítima de trauma. O conhecimento do mecanismo de lesão assim como, o reconhecimento das estruturas e lesões mais frequentes, permite uma abordagem mais segura e direcionada.

2.2. Diagnóstico de Situação

Internacionalmente, cada vez mais, a prática de Enfermagem é baseada na evidência, o que permite o desenvolvimento e um aumento da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Lehwaldt e Timmins, 2005). Segundo Unsworth *et al.* (2015) a implementação de intervenções baseadas na evidência são escassas, assim como, a sua posterior avaliação.

Recorrentemente os enfermeiros de um serviço de Urgência lidam com situações de trauma torácico, pelo que é importante que os mesmos tenham um conhecimento bem estruturado sobre as indicações/complicações e boas práticas associadas.

Os traumatismos torácicos somam aproximadamente 25% das mortes associadas a eventos traumatológicos nos EUA (Unsworth *et al.*; 2015).

Durante o percurso da pessoa vítima de trauma torácico, isto é, desde o pré-hospitalar até à reabilitação, o enfermeiro desempenha um papel vital no processo de saúde da pessoa. O conhecimento sobre a fisiologia, fisiopatologia e o comportamento do mecanismo de trauma permite ao enfermeiro prestar cuidados à pessoa e família de forma individualizada e baseado na evidência (Legare e Sawatzky, 2010).

As lesões de grandes vasos, ou ruturas cardíacas usualmente resultam em morte imediata. As mortes precoces são as que ocorrem entre 30 minutos a 3 horas, como no caso de tamponamento cardíaco,



pneumotórax sobre tensão, aspiração ou obstrução da via aérea. Por norma, algumas destas lesões (a maioria cardíaca) requer uma intervenção cirúrgica emergente, contudo muitas lesões que envolvem os pulmões e a pleura podem ser tratadas de forma não cirúrgica por intermédio da aplicação dos princípios básicos de trauma que podem reduzir substancialmente a morbilidade e mortalidade relacionada com este tipo de lesões. Um conhecimento aprofundado sobre fisiopatologia das lesões cardiopulmonares é de extrema importância para um tratamento de excelência e para a obtenção da melhor resposta da pessoa face a esta situação (Yamamoto *et al*, 2005).

O conhecimento adquirido pelo enfermeiro na formação base, não é por si suficiente para apresentar uma resposta efetiva a situações deste nível de complexidade. Por outro lado, a não ser que seja adquirido pela experiência prática do seu quotidiano, o enfermeiro necessita de apostar na sua formação contínua para dar resposta as diversas situações com que se depara na sua prática. Este dever está contemplado no Artigo 88º do Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, nomeadamente na alínea b) onde o enfermeiro assume o dever de *“procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”* e na alínea c) onde assume o dever de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.”*

Segundo PulsMcColl *et al*. (2001) citado por Lehwaldt e Timmins (2005), o tratamento e vigilância da dor em pessoas com drenagens torácicas é fundamental no processo de enfermagem, contudo a evidência sugere diferentes níveis de conhecimentos e de capacidade de intervenção entre os enfermeiros.

Uma prática segura e competente requer não só o entendimento da anatomia, fisiologia e fisiopatologia do espaço pleural, mas também um conhecimento excelente dos princípios básicos do funcionamento de uma drenagem torácica. O conhecimento dos enfermeiros é imperativo para prevenir potenciais complicações, que poderão, entre outras, aumentar o *stress* à pessoa ou aumentar o tempo de recuperação/ internamento. (Lehwaldt e Timmins, 2005).

Benner (1982) sugere que os enfermeiros poderão ser classificados em diversos níveis de proficiência de acordo com as suas competências, desenvolvimento e experiência da sua prática. O SUG atualmente tem uma equipa de Enfermagem bastante heterogénea no que diz respeito à experiência dos enfermeiros em contexto de urgência, assim como, na experiência profissional de uma forma geral. Neste sentido, e especialmente por existirem vários elementos principiantes em contexto de urgência,



segundo os níveis definidos por Benner, a abordagem e posterior partilha/formação sobre esta temática torna-se ainda mais pertinente.

Adjudicado ao problema inicial identificado e que se prende com uma necessidade pessoal do estudante, existem alguns problemas parcelares que foram de igual forma identificados, tais como, a falta de formação em serviço sobre a temática, assim como, a existência de vários elementos da equipa que não têm formação/experiência adequada sobre o tema e as integrações parciais e com tempo reduzido de novos enfermeiros no SUG.

Atendendo a estas problemáticas foi determinado o seguinte **objetivo geral**:

- ✓ Melhorar os cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de trauma torácico.

Como **objetivos específicos** foram estabelecidos:

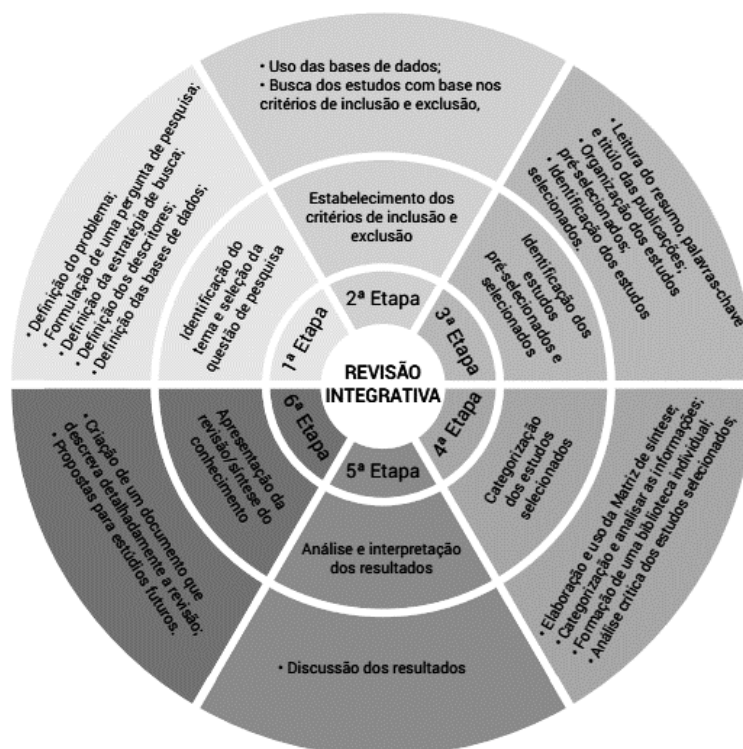
- ✓ Identificar as boas práticas de Enfermagem relacionadas com os vários tipos de trauma torácico;
- ✓ Partilhar o conhecimento adquirido com a equipa de Enfermagem do SUG.

2.3. Método de Investigação

No sentido de alcançar os objetivos propostos, optou-se pela realização de uma **Revisão Integrativa de Literatura**. Este tipo de estudo permite sistematizar o conhecimento científico para que o investigador alcance a problemática que deseja desenvolver, delineando um cenário sobre a produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, conceber possíveis oportunidades de pesquisa (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

Segundo Melnyk *et. al.* (2010) a Revisão Integrativa da Literatura desenvolve-se em seis etapas (Figura 1) uma vez que é fundamentada na Prática Baseada em Evidências, contudo o investigador deverá adicionar eventuais barreiras para a sua realização e implementação.

Figura 1 – Etapas da Revisão Integrativa (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).



Botelho, Cunha e Macedo (2011) agrupa as etapas da Revisão Integrativa da seguinte forma:

- ✓ 1ª Etapa – Identificar o tema, Definir o Problema e Pergunta Investigação em formato *PICOT* ou *PICOD*;
- ✓ 2ª Etapa – Procurar a melhor evidência;
- ✓ 3ª Etapa – Avaliar criticamente as evidencias dos estudos pré-selecionados e selecionados;
- ✓ 4ª Etapa – Integrar as evidências;
- ✓ 5ª Etapa – Discussão dos Resultados baseados em evidências;
- ✓ 6ª Etapa – Apresentação da síntese do conhecimento produzido.

Em articulação com a Professora e Enfermeira Orientadora, foram planeadas as seguintes atividades/estratégias:

- ✓ A realização de uma Revisão Integrativa de Literatura, seguindo as etapas relatadas no ponto anterior, nomeadamente a adoção do método *PI(C)O(T)* (População, Intervenção, Comparação, *Outcome*, Tempo) para a formulação da pergunta de investigação - Quais as intervenções de Enfermagem a uma pessoa vítima de traumatismo torácico? – Fornecendo deste modo uma estrutura eficiente para a pesquisa em bases de dados científicas (Stillwell, et al. 2010).



- ✓ A utilização de artigos pertencentes a bases de dados científicas, nomeadamente através da pesquisa via EBSCO (*CINAHL Complete; MEDLINE Complete; COCHRANE Database of Systematic Reviews; COCHRANE Methodology Register; Library, Informatin Science & Technology Abstracts; Mediclarna; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database*) e SciELO, submetidos posteriormente a avaliação do seu nível de evidência e ajustabilidade ao trabalho em desenvolvimento, sendo preferencialmente utilizadas os artigos com maior nível de evidência.
- ✓ Tendo em consideração as etapas da Revisão Integrativa de Literatura, seguir-se-á a categorização dos estudos selecionados para realização de uma análise critico-reflexiva dos mesmos, assim como, a elaboração de uma síntese, que poderá ser feita com recurso a uma tabela.
- ✓ Por fim, deverá ser desenvolvido um documento que descreva detalhadamente todo o processo de investigação e apresente propostas para a realização de estudos futuros nesse domínio da investigação científica (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

2.4. Resultados

Na pesquisa efetuada via EBSCO foram utilizadas as palavras-chave com a seguinte orientação: “*Thoracic Trauma*” limitado a textos completos e com limite temporal (2010-2016) tendo sido devolvidos 174 artigos. No sentido de reduzir o leque de artigos foi adicionado às palavras-chave “*thoracic trauma*” AND “*Nursing*” mantendo os critérios de inclusão/exclusão anteriores, obtendo-se 4 artigos. Para a pesquisa “*Chest Trauma*” com texto completo e com limite temporal (2010-2016) obteve-se 362 artigos, pelo que se adicionou a palavra-chave “*nursing*” originando um total de 3 artigos.

Complementarmente efetuou-se a pesquisa na mesma base de dados, e com os mesmos filtros aplicados, isto é, a limitação a textos integrais e pertencentes ao espaço temporal após 2010, com as palavras-chave “*nursing diagnosis*” AND “*trauma*” obtendo-se deste modo 12 resultados. Com as palavras-chave “*nursing interventions*” AND “*trauma*” foram devolvidas 29 publicações.

No total das pesquisas efetuadas, e de acordo com os critérios estabelecidos, eliminando a duplicação de resultados e os artigos cujo conteúdo, através da leitura do resumo, não apresentavam relevância para o trabalho em estudo, obtiveram-se no total 6 artigos para serem submetidos a avaliação do seu nível de evidência de acordo com o tipo de estudo efetuado.

A nível da pesquisa efetuada na base SciELO, para as palavras-chave “Trauma Torácico” com a aplicação de filtros, nomeadamente a limitação temporal de artigos datados posteriormente a 2010,



cumulativamente com artigos apenas da área das ciências da Saúde, o resultado obtido foi de 53 artigos.

Outra pesquisa efetuada nesta base de dados, com as palavras-chave “Diagnósticos Enfermagem Trauma” com o critério de inclusão temporal de artigos datados entre 2010 e 2016, obtiveram-se 5 resultados. Quanto à pesquisa efetuada com os termos “intervenções enfermagem trauma” foram alcançados 4 artigos no total.

Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos sem texto integral, artigos cujo conteúdo não apresentasse manifesta ligação com o presente trabalho após leitura dos títulos das publicações, dos resumos e das palavras-chave. Desta forma, nesta base de dados, ficaram pré-selecionados 7 artigos.

No sentido de alcançar a 4ª Etapa da Revisão Integrativa de Literatura, foi elaborada uma tabela em que constam os artigos pré-selecionados, e onde constam as seguintes informações: Autores / ano da publicação; Título da publicação / País; Objetivo; Tipo de Estudo / Metodologia; Síntese/ Conclusões; Nível de Evidência. Deste modo, é possível categorizar os estudos por nível de evidência, utilizando preferencialmente os que tem níveis superiores como base para o trabalho a desenvolver.

Segundo Stillwell *et. al.* (2010) os níveis de evidência das produções científicas podem ser categorizados consoante o tipo de evidência, nomeadamente: Nível Evidência I – Revisão Sistemática ou Metanálise; Nível Evidência II – Estudo Randomizado Controlado; Nível Evidência III – Estudo Controlado com Randomização; Nível Evidência IV – Estudo Caso-Controlado ou Estudo Coorte; Nível Evidência V – Revisão Sistemática de Estudos Qualitativos ou Descritivos; Nível Evidência VI – Estudo Qualitativo ou Descritivo; Nível Evidência VII – Opinião ou Consenso (proveniente de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos).



Autor (Ano)	Título (País)	Objetivo	Tipo Estudo / Metodologia	Aspetos Relevantes / Síntese	Nível de Evidência
Bertoncello, Cavalcanti e Ilha (2013)	Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para as pessoas vítimas de múltiplos traumas (Brasil)	Identificar os diagnósticos de Enfermagem apresentados por pessoas vítimas de múltiplos traumas, durante um determinado período de tempo, com proposta de intervenções associadas.	Estudo quantitativo descritivo, transversal.	O domínio da atividade, repouso e segurança da pessoa foram os mais representados pelos seus respetivos diagnósticos. Pode-se identificar as necessidades de cuidados mais frequentes focalizadas pelos enfermeiros que avaliam e prestam os cuidados iniciais à pessoa vítima de trauma. As intervenções tendo em conta os diagnósticos levantados permitem um cuidado individualizado da pessoa. O número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem sobre pessoas vítimas de trauma é escasso.	V
Diaz <i>et al.</i> (2013)	Hemotórax traumático em um período de três anos (Cuba)	Descrever o comportamento do hemotórax traumático num período de três anos.	Estudo descritivo, retrospectivo tangencial.	A drenagem pleural mantém-se como o procedimento cirúrgico mais utilizado nas situações de hemotórax traumático, ficando a toracotomia de urgência reservada para doentes específicos com indicações precisas.	V
Legare e	Dyspnea in the	Descrever a dispneia nos	Revisão literatura.	O trauma torácico compreende cerca de um	IV



Sawatzky (2010)	Thoracic Trauma Patient: A Human Response to Illness (EUA)	casos de trauma torácico segundo uma perspetiva comportamental e experimental tendo em consideração os aspetos fisiopatológicos. Esta compreensão permitirá aos enfermeiros um aporte teórico baseado na evidência no sentido de aplicarem intervenções que visem o melhor tratamento e consequente resposta da dispneia em pessoas vítimas de trauma torácico.		terço de todos os eventos de trauma e abarca algumas das situações mais potencialmente fatais que um enfermeiro terá que abordar. A dispneia trata-se de um dos sintomas mais comuns em vítimas de trauma torácico. Os resultados obtidos no cuidado à vítima de trauma torácico poderão ser melhorados com a aplicação do modelo HRTI de forma a compreender/melhorar a resposta /evolução da dispneia.	
Lins <i>et al.</i> (2013)	Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-	Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® versão 2011 em vítimas de trauma atendidas por um serviço de	Estudo transversal retrospectivo de carácter descritivo e abordagem quantitativa, que utilizou dados do serviço de atendimento móvel de	As etapas do processo de enfermagem são incorporadas ao ABCDE do trauma, tendo os diagnósticos e as intervenções elaboradas, um papel de destaque no atendimento às vítimas de trauma. A avaliação rápida e eficaz realizada pelo enfermeiro fornece	V



	hospitalar utilizando a CIPE®	atendimento móvel pré-hospitalar em Maceió-AL durante julho de 2010. (Brasil)	urgência - SAMU do município de Maceió, AL referente ao período de julho de 2010. Foram selecionadas todas as fichas de atendimento a vítimas de trauma na faixa etária dos 18 aos 59 anos de idade no mês de julho de 2010 atendidas pela Unidade de Suporte Avançado (USA).	subsídios para a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem, que são totalmente possíveis de serem utilizados na linguagem da CIPE® Versão 2011. Este estudo mostra a clara possibilidade da utilização do processo de enfermagem e da CIPE® no serviço de atendimento móvel. Contudo é indispensável que os coordenadores e enfermeiros tenham a disponibilidade interna e aceitem o desafio de inovar as suas práticas, baseando-se no processo de enfermagem, para efetivar melhorias nas condições dos cuidados prestados. A contribuição deste estudo consiste em proporcionar maior precisão na identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem na linguagem CIPE®, para pessoas vítimas de trauma durante o atendimento pré-hospitalar.	
McClintick, C. M.	Open	Intervenções conjuntas	Estudo de Caso.	Este caso representou um desafio raro para	VI



(2008)	Pneumothorax Resulting from Blunt Thoracic Trauma: A Case Report (EUA)	entre equipa de trauma e equipa cirurgia no sentido de obter os melhores resultados para uma vítima de pneumotórax aberto na sequência de um traumatismo torácico fechado.	Revisão literatura.	as equipas multidisciplinares. Suster uma ferida aberta resultante de um traumatismo torácico por esmagamento é raro e potencialmente fatal. As ações da equipa de trauma e emergência associadas a uma rápida intervenção cirúrgica são fundamentais para a sobrevivência da vítima. Assim que a via aérea esteja assegurada, o tratamento imediato de um pneumotórax aberto envolve a colocação de um penso oclusivo sobre a lesão fixa em apenas três lados. Um tubo torácico é necessário para assegurar que o pulmão permanece expandido. Deverá ter se em consideração os aspetos relacionados com a instabilidade hemodinâmica e respiratória constantemente de forma a prevenir complicações. O pneumotórax hipertensivo é uma das principais complicações associadas - a dispneia, hipotensão, taquicardia, hipotermia, pele viscosa, ingurgitamento jugular e desvio	
--------	--	---	---------------------	--	--



				da traqueia para o lado não afetado podem ser sinais de pneumotórax hipertensivo. A correção cirúrgica após estabilização da vítima, seguido de um longo processo de recuperação na UCI permitiram a obtenção de resultados excelentes face a gravidade das lesões.	
Nogueira, L; <i>et al.</i> (2015)	Padrão de Intervenções de Enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o <i>Nursing Activities Score</i> (Brasil)	Identificar o padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma nas primeiras 24h de internamento numa UCI	Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, prospetiva, realizada numa UCI de um hospital, centro de referência para o atendimento às vítimas de trauma, localizado na cidade de São Paulo, Brasil. Foram incluídos no estudo as pessoas admitidas na unidade entre 2010 e 2011 que responderam aos seguintes critérios de elegibilidade: ser vítima de	Este estudo identificou que as vítimas de trauma necessitaram de uma carga de trabalho de enfermagem média de 71,3% no primeiro dia de internamento na UCI e concluiu que o padrão de intervenções de enfermagem realizadas neste período inclui 12 das 23 intervenções de enfermagem analisadas pelo NAS: monitorização e controlos; investigações laboratoriais; terapêutica (exceto drogas vasoativas); cuidados de higiene; cuidados com drenos; mobilização e posicionamento; suporte e cuidado aos familiares e pessoas; tarefas administrativas e de gestão; suporte	III



			<p>trauma fechado, penetrante ou misto; ter idade igual ou superior a 18 anos; permanecer no mínimo, 24 horas na UCI; concordar em participar da pesquisa por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que nos casos em que a condição clínica não o permitisse, o consentimento foi obtido com familiares e/ou representantes legais.</p>	<p>respiratório; cuidado com vias aéreas artificiais; tratamento para melhoria da função pulmonar; e medição do débito urinário.</p> <p>Nas atividades de monitorização e mobilização, houve a necessidade de cuidados além do normalmente requerido por doentes de UCI.</p> <p>Em síntese, os resultados desta pesquisa trazem importantes contribuições não só para o planeamento da assistência à pessoa, como também para a gestão da unidade no que diz respeito às ações que visem a capacitação e o dimensionamento da equipa de enfermagem que presta cuidados às vítimas de trauma na UCI.</p>	
<p>Parra, M; Guáqueta, S. (2014)</p>	<p>Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI a la persona com trauma torácico penetrante</p>	<p>Desenvolver um roteiro de prática clínica baseada na evidência para o cuidado de enfermagem à pessoa com trauma torácico penetrante numa UCI, com o fim de</p>	<p>Revisão sistemática de Literatura.</p>	<p>Deve implementar-se um plano de cuidados de Enfermagem baseado em diagnósticos prioritários em pessoas vítimas de traumatismo penetrante numa UCI.</p> <p>As recomendações enunciadas apontam para a elaboração de um plano de cuidados</p>	<p>I</p>



	(Colômbia)	proporcionar a melhor evidência para o cuidado		<p>de enfermagem estruturado e dirigido para satisfazer as necessidades prioritárias da pessoa identificadas de uma forma geral, tendo em consideração o bem-estar físico e mental, a minimização de riscos e a recuperação prematura. Os enfermeiros deverão compreender a influência dos posicionamentos na oxigenação da pessoa, de modo a assegurar uma intervenção efetiva e oportuna no que diz respeito aos posicionamentos no leito.</p> <p>Recomenda-se a posição de ventral e rotação lateral continua no sentido de favorecer a oxigenação e evitar pneumonia nosocomial.</p> <p>Para assegurar o bem-estar da pessoa vítima de trauma torácico, o enfermeiro deverá incluir no seu plano de cuidados as necessidades especiais da pessoa, como a dor, a ansiedade e o desconhecimento do processo de hospitalização.</p>	
--	------------	--	--	--	--



				<p>Para diminuir o risco de infeção na pessoa vítima de trauma torácico penetrante, o enfermeiro deverá identificar os fatores de risco subjacentes – a duração prolongada da toracotomia, o tempo de internamento e a presença de contusões, laparotomia e hematoma retido. No cuidado prestado deverá incluir-se intervenções que visem diminuir a ansiedade da pessoa, tais como, a utilização de musicoterapia, massagem, o toque terapêutico, a aromoterapia e exercícios de relaxamento.</p> <p>Se uma pessoa apresentar uma drenagem clampada apresenta polipneia e enfizema subcutâneo, a drenagem deverá ser imediatamente desclampada e avisar de imediato o médico assistente.</p> <p>Os tubos de drenagem deverão ser conectados a um sistema de drenagem simples, assegurando que o tubo de drenagem está abaixo do nível da água.</p>	
--	--	--	--	---	--



				Informar a pessoa sobre os programas existentes tendo em consideração ao processo de reabilitação após a alta hospitalar.	
Richmond, T; Aitken, L. (2011)	A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research	Desenvolver um modelo para a ciência de enfermagem e prática avançada no cuidado em situações de trauma baseada na análise da literatura e opinião de peritos.	Revisão integrativa de literatura.	Apenas 55% das pessoas vítimas de trauma conseguem alcançar a sua função máxima até 3 anos após o evento traumático. A qualidade de vida relacionada com a saúde é menor nas pessoas vítimas de trauma nos 18 meses subsequentes ao evento traumático quando comparada com a normalidade da população em geral. Os problemas incluem memórias delirantes e dor relacionada com as lesões. Da mesma forma, 10-20% das pessoas feridas referem <i>stress</i> pós-traumático e 18% apresentam depressão 12 meses após o evento. Os enfermeiros de acordo com a sua especialização cuidam da pessoa com um nível de conhecimento único de modo a satisfazer as necessidades complexas físicas e psicossociais da pessoa	V



				<p>vítima de trauma e das suas famílias dependendo da fase em que se encontra. Algumas das responsabilidades do enfermeiro, inerentes no cuidado à pessoa vítima de trauma, são ajudar a pessoa a obter os cuidados necessários, monitorizar e salvaguardar a qualidade do cuidado prestado, respeitando os direitos valores e crenças da pessoa, tomando ações no sentido de assegurar que os restantes elementos da equipa de saúde também os reconheçam; agir como elo de ligação entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. O papel do enfermeiro é também de avaliar, coordenar, comunicar, o cuidado técnico e físico, a integração e a administração de terapêutica, o suporte emocional, o envolvimento da família o estabelecer de um ambiente adequado. De acordo com o <i>Quality Health Outcomes Model</i> (QHOM) de Mitchell <i>et. al</i> (1998) as intervenções de</p>	
--	--	--	--	---	--



				<p>enfermagem têm uma posição numa estrutura de saúde que influenciam os resultados de saúde de uma pessoa e da sua qualidade de vida. Estes resultados segundo este modelo são condicionados / otimizados consoante a relação entre os seguintes conceitos: O Ambiente; A pessoa/Família; A definição estruturada dos cuidados; Resultados; Intervenções.</p> <p>As intervenções de enfermagem representam direta e indiretamente o processo do cuidado que é realizado de forma a influenciar os resultados de saúde da pessoa. Numa fase inicial, os enfermeiros em situação de emergência adotam processos baseados em algoritmos, assim como, a avaliação e a intervenção é realizada quase em simultâneo de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência. Um exemplo clássico inclui a avaliação ABC (airway, breathing and circulation). Os enfermeiros, tal como todos</p>	
--	--	--	--	---	--



				os elementos da equipa multidisciplinar focam-se na transmissão de cuidados baseados na evidência, contudo a integração destes conteúdos poderá ser difícil no que a situações de trauma diz respeito. Em situações de trauma podem-se definir três resultados esperados a longo prazo, nomeadamente; aumento da sobrevivência e redução das morbilidades; promover e manter a dignidade pessoal e humana; maximizar a qualidade de vida e recuperar fisicamente, funcionalmente e psicologicamente.	
Sallum, A; Santos, J; Lima, F. (2012)	Diagnósticos de Enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência.	Identificar e analisar diagnósticos de enfermagem que constituem fatores de risco para óbito, em vítimas de trauma, nas primeiras 6 horas após o evento.	Estudo transversal, descritivo e exploratório, com análise quantitativa. Avaliaram-se 406 pacientes durante seis meses de recolha num hospital terciário do município de São Paulo, segundo instrumento criado	A análise multivariada, por meio de regressão logística, apontou os seguintes diagnósticos de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz, Ventilação espontânea prejudicada, Risco de perfusão tecidual gastrointestinal ineficaz e risco de hemorragia como fatores de risco para o óbito; Os diagnósticos de enfermagem,	III



			para essa finalidade. Do total, 44 (10,7%) evoluíram para óbito.	desobstrução ineficaz de vias aéreas, conforto prejudicado e dor aguda como fatores de proteção, facto que direciona as equipas de saúde para medidas de intervenção, qualitativas e de planeamento de ações distintas face à complexidade do trauma. Com base nesses dados, ações específicas de competência da enfermagem poderão ser discutidas e propostas deverão ser formuladas, relacionadas aos domínios atividade/repouso, num cenário onde o tempo entre a vida e a morte é ténue.	
Sallum, A; Sousa, R. (2011)	Diagnósticos de Enfermagem em vitimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento (Brasil)	Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em vitimas de trauma nas primeiras seis horas, apos o evento traumático e verificar a relação desses diagnósticos com a mortalidade.	Estudo prospetivo transversal com análise quantitativa, realizado num hospital terciário, centro de referência de trauma no município de São Paulo. Durante seis meses foram avaliadas 407 pessoas maiores de 18 anos atendidos na urgência desse	Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes para as vítimas de trauma no período das primeiras 6h após o evento foram: Risco de Infecção, Integridade da pele prejudicada, Dor aguda, Conforto prejudicado e Integridade tecidular prejudicada. Houve associação estatisticamente significativa entre grande parte dos diagnósticos de enfermagem identificados e alta ou óbito da	III



			hospital.	vítima durante o período de internamento hospitalar. Os resultados acrescentaram informações que poderão auxiliar na atuação do enfermeiro no cenário das emergências em trauma e evidenciaram o potencial dos diagnósticos de enfermagem para priorizar a assistência às pessoas vítimas de trauma.	
Stewart, D. J. (2014)	Blunt Chest Trauma (EUA)	Demonstração da variedade de lesões associadas ao trauma torácico fechado, incluído a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento.	Estudo Caso. Revisão de literatura.	As colisões com veículos a motor representam cerca de 80% dos casos de trauma torácico fechado o que poderá levar a um leque alargado de lesões. Neste estudo de caso, as lesões poderão ter sido causadas por uma transferência de energia direta através do impacto contra o volante do automóvel e pela rápida desaceleração. A avaliação das lesões provocadas por este tipo de trauma, tal como os restantes tipos, é feita em duas fases. A primeira trata da avaliação e correção das lesões potencialmente fatais, tais como, o pneumotórax hipertensivo, obstrução da via	V



				aérea, tamponamento cardíaco e arritmias graves. A segunda parte é feita com o intuito de identificar lesões que não ponham em risco a vida no imediato, contudo a sua rápida identificação e avaliação é essencial para o cuidado à pessoa vítima de traumatismo torácico.	
Unsworth, A; Curtis, K; Asha, S.E. (2015)	Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery (Austrália)	Efetuar uma revisão dos tratamentos a adotar em situações de traumatismo torácico fechado e o seu impacto nos resultados obtidos quer com a pessoa como com o hospital.	Revisão integrativa da literatura com a inclusão de uma variedade de desenhos de estudo.	As três modalidades que oferecem benefícios e com evidência significativa são a fixação cirúrgica das costelas, analgesia epidural e alternativas clínicas multidisciplinares. Juntas, estas intervenções melhoram os resultados a nível hospitalar nomeadamente nas UCI, assim como, nas taxas de mortalidade e morbilidade das pessoas vítimas de trauma torácico fechado.	II

Tabela 1 – Análise dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa de Literatura.



2.5. Discussão

Esta etapa diz respeito à análise e interpretação dos resultados, que serão expostas em forma de discussão. O investigador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e, com isso, é capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas (Botelho, Cunha e Macedo, 2011; Melnyk *et. al*; 2010).

Após a realização de uma análise pormenorizada dos artigos selecionados anteriormente pode-se extrair alguns dados relativos ao tema em estudo, que serão projetados em sequência.

Os estudos apresentados apresentam várias metodologias e abordam temáticas específicas distintas. Este facto não permite que exista uma comparação / correlação entre os conteúdos pelo que se assume os contributos de todos os artigos analisados no sentido de obter uma compilação de conhecimento sobre a matéria. Nos casos em que existe relação entre os dados apresentados em dois ou mais artigos, e no caso de discrepância entre os mesmos, opta-se pela informação disponibilizada pelo artigo com maior nível de evidência (ver Tabela I).

Dos 12 artigos selecionados para análise obtiveram-se diferentes níveis de evidência científica, nomeadamente: **um** artigo com nível de evidência I; **um** artigo com nível de evidência II; **três** artigos com nível de evidência III; **um** artigo com nível de evidência IV; **cinco** artigos com nível de evidência V; **um** artigo com nível de evidência VI. O facto de existir um predomínio nos artigos baseados em revisões integrativas ou em estudos de caso poderá ser um indicador que existe ainda um investimento reduzido na temática abordada em termos de investigação em enfermagem. A correlação entre artigos é reduzida o que corrobora em certa medida esta mesma situação.

O trauma acarreta consequências sociais e económicas tanto para as pessoas vítimas de trauma como para a sociedade. As lesões relacionadas com um evento de trauma podem ocasionar incapacidades físicas e ou mentais, temporárias ou permanentes e também levar ao óbito (Lins *et. al*; 2013).

Apenas 55% das pessoas vítimas de trauma conseguem alcançar a sua função máxima até 3 anos após o evento traumático. A qualidade de vida relacionada com a saúde é menor nas pessoas vítimas de trauma nos 18 meses subsequentes ao evento traumático quando comparada com a normalidade da população em geral. Os problemas incluem memórias delirantes e dor relacionada com as lesões. Da mesma forma, 10-20% das pessoas feridas referem *stress* pós-traumático e 18% apresentam depressão 12 meses após o evento (Richmond e Aitken, 2011).

As vítimas de traumatismo torácico são uma população que se apresenta como um desafio na abordagem de um enfermeiro. Os enfermeiros prestam mais cuidados diretos às pessoas vítimas de



trauma do que qualquer outro profissional de saúde. A excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma requer a aquisição de várias competências e conhecimentos; desenvolver um elevado índice de suspeição baseado no mecanismo de lesão associado; agir rapidamente baseado em avaliações precisas; antecipar e perceber o raciocínio para as intervenções *life-saving*, assim como, avaliar a eficiência das intervenções efetuadas (Legare e Sawatzky, 2010; Nogueira *et al.* 2015; Lins *et al* 2013).

O enfermeiro tem que estar apto para identificar rapidamente as lesões ou antecipar potenciais lesões com base na localização anatómica e no mecanismo de lesão associado (Legare e Sawatzky, 2010). Um exemplo da importância deste discernimento são as situações de pessoas vítimas de trauma torácico fechado com lesão aórtica, em que poderão apresentar-se estáveis hemodinamicamente numa fase inicial e que, o facto de, adicionalmente terem múltiplos traumatismos associados, o diagnóstico apenas poderá ser realizado através de um alto nível de suspeita com base nos dados objetivos e história subjacente ao trauma. As utilizações de meios complementares de diagnóstico são fundamentais nestas situações, assim que seja possível a sua realização (Neto *et.al*; 2005).

Os enfermeiros estão envolvidos em todo o processo da pessoa vítima de trauma e assumem um papel preponderante desde a chegada da pessoa à sala de trauma até às consultas de acompanhamento pós crise (Stewart, 2014).

Os enfermeiros cuidam da pessoa vítima de trauma ao longo de várias especialidades, desde a emergência – pessoa em situação crítica; passando pela peri-operatória / médico-cirúrgica, reabilitação e enfermagem comunitária. Os enfermeiros de acordo com a sua especialização cuidam da pessoa com um nível de conhecimento único de modo a satisfazer as necessidades complexas físicas e psicossociais da pessoa vítima de trauma e das suas famílias dependendo da fase em que se encontra (Richmond e Aitken, 2011).

Para Richmond e Aitken (2011), algumas das responsabilidades do enfermeiro, inerentes no cuidado à pessoa vítima de trauma, são ajudar a pessoa a obter os cuidados necessários à sua situação, monitorizar e salvaguardar a qualidade do cuidado prestado, respeitando os direitos valores e crenças da pessoa, tomando ações no sentido de assegurar que os restantes elementos da equipa de saúde também os reconheçam; agir como elo de ligação entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar.

Os mesmos autores referem que o papel do enfermeiro é também de avaliar, coordenar, comunicar, o cuidado técnico e físico, a integração e a administração de terapêutica, o suporte emocional, o envolvimento da família o estabelecer de um ambiente adequado.



De acordo com o *Quality Health Outcomes Model* de Mitchell *et. al* (1998) as intervenções de enfermagem têm uma posição numa estrutura de saúde que influenciam os resultados de saúde de uma pessoa e da sua qualidade de vida. Estes resultados segundo este modelo são condicionados / otimizados consoante a relação entre os seguintes conceitos: O Ambiente; A pessoa/Família; A definição estruturada dos cuidados; Resultados e Intervenções (Richmond e Aitken, 2011).

As intervenções de enfermagem representam direta e indiretamente o processo do cuidado que é realizado de forma a influenciar os resultados de saúde da pessoa. Numa fase inicial, os enfermeiros em situação de emergência adotam processos baseados em algoritmos, assim como, a avaliação e a intervenção é realizada quase em simultâneo de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência. Um exemplo clássico inclui a avaliação ABC (*airway, breathing and circulation*), adotada em todos os algoritmos de emergência e suporte avançado de vida, na qual se insere a abordagem pré-hospitalar de uma pessoa vítima de trauma torácico. Os enfermeiros, tal como todos os elementos da equipa multidisciplinar focam-se na transmissão de cuidados baseados na evidência, contudo a integração destes conteúdos poderá ser difícil no que a situações de trauma diz respeito (Richmond e Aitken, 2011).

Em situações de trauma podem-se definir três resultados esperados a longo prazo, nomeadamente; aumento da sobrevivência e redução das morbilidades; promover e manter a dignidade pessoal e humana; maximizar a qualidade de vida e a recuperação física, funcional e psicológica (Richmond e Aitken, 2011).

A abordagem multidisciplinar melhora os resultados obtidos e diminui o tempo de internamento em UCI, unidades hospitalares, da prevalência de pneumonia e da mortalidade. Este tipo de abordagem inclui uma revisão da analgesia aplicada, uma equipa médica para cuidado a nível respiratório, cinesioterapia respiratória, monitorização nutricional e cuidados de enfermagem contínuos (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

As recomendações descritas na literatura apontam para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem estruturado e dirigido para satisfazer as necessidades prioritárias da pessoa identificadas de uma forma geral, tendo em consideração o bem-estar físico e mental, a minimização de riscos e a recuperação prematura (Parra e Guáqueta, 2014). Todos estes passos deverão ser executados enquanto se presta cuidados de forma holística e ajustada a cada pessoa (Legare e Sawatzky, 2010; Lins *et al*; 2013).



Trauma fechado

Os traumatismos torácicos fechados estão associados a uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade. As fraturas de costelas constituem uma das componentes principais nos traumatismos torácicos fechados, sendo que por cada fratura de costela adicional na população mais idosa aumenta a hipótese de mortalidade em 19% e de desenvolver pneumonia em 27%. Este tipo de trauma poderá causar um decréscimo no volume pulmonar, atelectasias, e poderá progredir para pneumonia, falência respiratória, necessidade de ventilação prolongada e eventual morte contínuos (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

O tratamento dos traumas torácicos fechados foca-se na combinação de analgesia eficaz, fixação cirúrgica, cinesioterapia e mobilização precoce contínuos (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

Se a **dor** associada a fratura de costelas em traumatismos torácicos não for tratada convenientemente e a tempo, poderão surgir várias complicações que poderão resultar em morte, insuficiência pulmonar a longo termo, aumento do tempo de internamento hospitalar e o aumento de recursos de saúde. O alívio da dor inadequado ou atrasado também faz com que as pessoas comam menos, durmam mal, sofram de *stress* psicológico, sofram restrição na mobilidade e compromete a sua participação nas atividades de vida diárias contínuos (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

Vários estudos citam que a estabilização cirúrgica de fraturas de costelas pode reduzir a dor, favorecer e otimizar a ventilação mecânica assim como diminuir o tempo de hospitalização (McClintick, 2008).

No passado, a utilização de um cinto para fixação das costelas era comum, contudo deixou de ser utilizado devido aos avanços na ventilação e fixação cirúrgica (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

Apesar da fixação cirúrgica apresentar benefícios nos resultados obtidos, especialmente em situações de retalho costal, a sua aplicação é limitada pelas dificuldades na definição do grupo populacional alvo e a baixa incidência de fixação de costelas a nível dos centros de trauma (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

Desde o desenvolvimento da ventilação por pressão positiva nos anos 50, a ventilação mecânica tornou-se o suporte principal no tratamento de fraturas de costelas. Apesar das possíveis complicações acima descritas, a ventilação mecânica continua a ser indicada nas situações de retalho costal, na presença de outras lesões graves ou nas pessoas com compromisso respiratório persistente ou falência após analgesia suficiente (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

A ventilação assume-se como uma modalidade de tratamento importante nas fraturas de costelas uma vez que atenua a redução da amplitude respiratória associada à fratura de costelas. Alguns estudos demonstram que a utilização de CPAP apresenta melhores resultados neste tipo de doentes que a



EOT com ventilação mecânica, visto que permanecem menos tempo em UCI e desenvolvem menos complicações associadas à ventilação mecânica (Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

A drenagem pleural mantém-se como o procedimento cirúrgico mais utilizado nas situações de hemotórax traumático, ficando a toracotomia de urgência reservada para doentes específicos com indicações precisas. (Diaz *et. al*; 2013)

Trauma penetrante

Estão documentados casos de pneumotórax abertos desde 326 a.C. Nos últimos 50 anos, o conhecimento da epidemiologia e do tratamento do trauma penetrante provem da cirurgia militar (McClintick, 2008).

O encerramento da ferida torácica com a reconstrução da parede torácica promove uma dinâmica respiratória normalizada, prevenindo a instabilidade da parede torácica e reduzindo a incidência de falência respiratória associada (McClintick, 2008).

Apos a estabilização de uma via aérea segura, o tratamento imediato para um pneumotórax aberto envolve a colocação de um penso oclusivo sobre a ferida fixo em três lados. Conforme a pessoa inspira, o penso é aspirado sobre a ferida evitando a entrada de ar; quando a pessoa expira, o ar sai sobre o lado não fixo do penso. Enquanto o penso ajuda a prevenir a entrada de ar no tórax, um dreno torácico é necessário para assegurar que o pulmão se mantém insuflado. Dever-se-á monitorizar continuamente a instabilidade hemodinâmica e respiratória da pessoa no sentido de evitar o surgimento de complicações, como por exemplo, o pneumotórax hipertensivo. A dispneia; a hipotensão, taquicardia, a pele fria e viscosa, o ingurgitamento jugular e o desvio da traqueia para o lado não afetado poderão ser sinais do desenvolvimento de um pneumotórax hipertensivo (McClintick, 2008).

Para a efetivação da recuperação da pessoa e para a promoção de uma função respiratória eficaz é necessária um bom aporte de ventilação mecânica adequada, tolete brônquica; aspiração de secreções; e um plano de tratamento da dor eficaz (McClintick, 2008).

Segundo Legare e Sawatzky (2010), no caso de dispneia / ventilação comprometida devido ao evento de trauma, seja fechado ou penetrante, deverá ter-se em consideração alguns aspetos observáveis e mensuráveis associados:

Observáveis: Alteração do estado de consciência; Taquipneia; taquicardia; cianose; Adejo nasal; Utilização de músculos acessórios; estridor; desvio da traqueia; Ingurgitamento jugular; Expansão torácica assimétrica; verbalização; diminuição ou ausência do fluxo respiratório.



Mensuráveis: Gasometria arterial; Teste de função pulmonar; RX Tórax; TAC Torácico; SaO₂; Capnografia.

Os enfermeiros deverão utilizar estes dados associados com uma avaliação abrangente da ventilação, para determinar a gravidade da condição da pessoa e desenvolver um plano de cuidados apropriado e individualizado.

A literatura não refere nenhum aspeto que evidencie a vivência de dispneia em processo de trauma torácico, contudo, em situação de doenças crónicas, a dispneia é frequentemente associada a sentimentos de medo e morte. De forma a assegurar um cuidado holístico à pessoa, futuramente serão necessários a realização de estudos complementares no sentido de apurar a perspetiva experiencial da dispneia na população vítima de traumatismo torácico (Legare e Sawatzky, 2010).

Independentemente da causa, a abordagem inicial para o tratamento da dispneia/ compromisso da ventilação em pessoas vítimas de traumatismo torácico, deverá seguir as *guidelines* para abordagem da via aérea em vigor na instituição ou conforme a formação dos elementos que efetuam a abordagem. Legare e Sawatzky (2010) referenciam as *guidelines* da *Emergency Nurses Association* e a *American College of Surgeons* para a seguinte abordagem à pessoa com compromisso da ventilação/ dispneia:

1 – Manter a via aérea permeável: manter a cabeça inclinada e/ou o queixo levantado; aspirar se necessário; adjuvante da via aérea se necessário; preparação para entubação orotraqueal - Desta forma pode-se assegurar uma correta ventilação, que poder prevenir ou melhorar a dispneia.

2 – Estabelecer oxigénioterapia da forma menos invasiva: administrar oxigénio entre 10 a 15 L/min por máscara de alto débito - Este aporte de oxigénio pode prevenir a hipoxia.

3 – Restaurar a pressão negativa intratorácica: tapar as feridas da parede torácica com penso não poroso em 3 lados; antecipar toracocentese se os sintomas de pneumotórax hipertensivo estiverem presentes; antecipar a colocação de drenagem torácica em situação de pneumo e/ou hemotórax - O objetivo da colocação da drenagem torácica é expandir o pulmão e restaurar a pressão negativa intratorácica. Estes objetivos previnem a estimulação dos recetores J e melhora as trocas gasosas a nível alveolar que por sua vez previne o estímulo quimiorrecetor central que resulta em dispneia.

4 – Preparar ventilação mecânica: A ventilação mecânica substitui o trabalho dos músculos da parede torácica, desta forma previne a tensão prolongada inapropriada, o estímulo propriocetor e a fadiga muscular o que contribuem para a dispneia. A ventilação mecânica também previne a hipoxia, a hipercapnia, e o colapso alveolar (atelectasias), todas situações que comprometem a respiração. Deverá ter-se em consideração se a ventilação mecânica está ajustada às necessidades da pessoa. Os parâmetros ventilatórios desajustados levam a dispneia.



5 – Manter a perfusão: inserir dois cateteres intravenosos de grande calibre e administrar fluidoterapia - A perfusão dos capilares pulmonares facilita as trocas gasosas.

6 – Assegurar um controlo da dor adequado: farmacológico (opióides, ansiolíticos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares) e não farmacológicas (posicionamento, respiração e técnicas de relaxamento). Estes tipos de intervenções podem diminuir ou aliviar a dor - A dor pode condicionar o volume pulmonar, gerar trocas gasosas ineficazes e *stress* emocional que conduzem a dispneia.

7 - Suporte Psicossocial: uma comunicação eficaz, com suporte emocional, o envolvimento familiar e medidas de conforto podem aliviar a ansiedade associada e como tal promover uma melhoria da dispneia.

Os enfermeiros desempenham um papel importante no que diz respeito à educação da pessoa, família e pares. Para ser um educador eficaz, o enfermeiro tem que conseguir explicar o “porquê” por detrás dos aspetos relacionados com os cuidados de enfermagem. Estas explicações podem ser usadas na educação das pessoas e famílias assim como, para formar os novos elementos (Legare e Sawatzky, 2010).

Processo de Enfermagem

Dos elementos que caracterizam o processo de cuidar, destacam-se os **diagnósticos de enfermagem**, isto é, o julgamento realizado pelo enfermeiro sobre uma determinada situação da prática profissional, que é foco da **intervenção de enfermagem**. Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais. Proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (Sallum, Santos e Lima, 2012). Para Lins *et al.* (2013) o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem trata-se de uma ação individual do enfermeiro, e permite, com a sua elaboração, a composição de uma ampla rede documental de informações, conceitos e evidências científicas, que contribuem para o delineamento do conhecimento da profissão, sobretudo na escolha de intervenções e nos resultados esperados.

Para assegurar o bem-estar da pessoa vítima de trauma torácico, o enfermeiro deverá incluir no seu plano de cuidados as necessidades especiais da pessoa, como a *dor*, a *ansiedade* e o *desconhecimento do processo de hospitalização/situação de saúde atual* (Parra e Guáqueta, 2014). Os diagnósticos de *dor presente* e de *conforto prejudicado*, segundo o estudo realizado por Sallum e Sousa (2011), estão intimamente relacionados, uma vez que cerca de 92% das pessoas vítimas de trauma presentes no estudo efetuado, relacionaram o seu desconforto com a presença de dor. A



literatura aponta para a existência de um problema de subavaliação e tratamento insuficiente da dor aguda na área da emergência. Facilmente se pode estabelecer uma ligação com as teorias de enfermagem abordadas sob a perspetiva conceptual do presente relatório, nomeadamente a teoria de incerteza de Mishel e a teoria do conforto de Kolcaba, no sentido que a incerteza gerada por uma situação aguda e os mecanismos de adaptação quer a pessoa quer o enfermeiro terão que mobilizar são parte fundamentais no estabelecimento do processo de enfermagem individualizado e focado nas necessidades da pessoa perante uma perspetiva holística. Kolcaba aborda a necessidade de assegurar o conforto, independentemente de se tratar de uma situação aguda ou crónica, logo nestas situações de pessoas vítimas de traumatismo torácico, as preocupações com as questões relacionadas com a dor estão diretamente relacionadas com os diagnósticos supracitados.

Alguns diagnósticos de enfermagem encontrados na literatura pesquisada abordam o compromisso hemodinâmico da pessoa vítima de trauma assim como, as questões relacionadas ao conforto e bem-estar da pessoa que vivencia um episódio traumático. A inclusão da família/ cuidadores no processo de enfermagem permite uma abordagem holística que é um dos pilares dos cuidados de excelência em enfermagem.

No caso das pessoas que apresentem ou apresentaram um episódio de PCR, o diagnóstico sugerido será o *compromisso do sistema cardiorrespiratório*, sendo que as intervenções inerentes a este diagnóstico se prendem com a execução dos algoritmos de reanimação cardiorrespiratória (SBV e SAV). Lins *et. al.* (2013).

Está igualmente descrito que existe uma relação direta entre os diagnósticos de enfermagem de *sistema respiratório comprometido*, *ventilação espontânea comprometida* ou de *padrão respiratório ineficaz*, com as primeiras etapas da abordagem inicial a uma vítima de trauma, isto é, estão relacionados com a desobstrução / permeabilização da via aérea e a ventilação / oxigenação adequada. A oferta inadequada de sangue oxigenado ao cérebro e a outras estruturas vitais é o fator que mais rapidamente causa a morte da vítima de trauma pelo que, segundo Sallum, Santos e Lima (2012), existe uma estreita relação destes diagnósticos com os casos de mortalidade inerentes aos episódios de trauma. A prevenção da hipoxemia requer uma via aérea protegida e desobstruída e uma ventilação adequada. É imperativo assegurar uma via aérea permeável, administrar oxigénio e proporcionar suporte ventilatório adequado (Lins *et. al.*; 2013; Sallum, Santos e Lima, 2012).

Lins *et. al.* (2013) identifica quatro diagnósticos de enfermagem relacionados com a reposição volémica e controlo de hemorragia associados a um evento de trauma, nomeadamente, *risco de choque*, *risco de hemorragia*, *débito cardíaco diminuído* e *risco de perfusão cerebral ineficaz*. A identificação destes



diagnósticos de enfermagem permite ao enfermeiro a possibilidade de uma atuação precoce e direta no sentido de adotar medidas protetoras relacionadas com a ocorrência de choque hipovolémico (Sallum, Santos e Lima, 2012).

Alguns estudos realizados por Sallum e Sousa (2011) demonstram que os diagnósticos de enfermagem mais utilizados por especialistas nas primeiras seis horas após o evento de trauma foram: *Risco de Infecção; Integridade cutânea prejudicada; Dor presente; Conforto prejudicado; Integridade tecidual prejudicada*.

O diagnóstico de enfermagem, *risco de infecção*, segundo o estudo realizado tem como principais fatores de risco os procedimentos invasivos, as lesões decorrentes do trauma e a exposição ambiental aumentada. Estes dados apontam para a necessidade de adoção de medidas de controlo de infeção e de segurança nas intervenções invasivas no sector da emergência e no atendimento pré-hospitalar, visto ser elevado o número de procedimentos invasivos que as vítimas necessitam e, concomitantemente, a existência de uma exposição ambiental aumentada nos casos de trauma. A necessidade de rapidez na execução dos procedimentos não diminui a importância para que estes sejam realizados, respeitando os conceitos técnicos de assepsia. A negligência para com estas medidas tem repercussões negativas na evolução clínica da pessoa, sobretudo quando perante a fragilidade da condição vital das vítimas de trauma (Sallum e Sousa, 2011).

Os diagnósticos de enfermagem, *integridade cutânea prejudicada* e *integridade tecidual prejudicada*, têm uma estreita relação com as lesões mais frequentes nas vítimas de trauma - as lesões de superfície externa e das extremidades. A imobilização física associada à abordagem da pessoa vítima de trauma, assim como, o compromisso da sensibilidade, da circulação e da mobilidade física são os fatores relacionados mais frequentes, juntamente às lesões decorrentes do evento de trauma que poderão ser visíveis ou não (Sallum e Sousa, 2011).

Para além dos diagnósticos referidos anteriormente, tem que se considerar que nas situações de trauma, existem também desdobramentos emocionais e espirituais que envolvem as pessoas e os familiares, desde o momento do evento traumático até sua saída do hospital por alta ou óbito (Sallum e Sousa, 2011).

De entre as **intervenções** encontradas na literatura, Lins *et. al.* (2013), enumera as seguintes como mais usuais para a manutenção e recuperação das pessoas vítimas de trauma: transportar a vítima para serviço de urgência (em situações de uma abordagem pré-hospitalar); imobilizar a pessoa com dispositivos de imobilização (em situações de uma abordagem pré-hospitalar); estabelecer acesso



intravenoso para administrar terapêutica; administrar oxigénioterapia por máscara; comprimir com compressa o local da lesão e administrar terapêutica por via intravenosa.

Os mesmos autores referem que a intervenção de comprimir com compressa o local da lesão corresponde a uma prevenção de contaminação a partir da lesão de continuidade da pele, mas também a diminuição da perda hemática associada – a compressão direta aplicada sobre o foco da hemorragia é a técnica inicial empregada para o controle de hemorragia externa, aumentando a pressão extraluminal e, conseqüentemente reduzindo a pressão transluminal, favorecendo deste modo o controle da hemorragia. Com estes dados pode-se afirmar que esta intervenção será ajustada aos diagnósticos de *risco de infeção (ferida)* e *risco de hemorragia ou hemorragia presente*.

Segundo Parra e Guáqueta (2014) algumas das intervenções de enfermagem ajustadas a pessoas que vivenciaram um evento de trauma, visam a diminuição da ansiedade da pessoa, e compreendem: a utilização de musicoterapia, da massagem, do toque terapêutico, da aromoterapia e de exercícios de relaxamento.

Outro aspeto a ter em consideração a quando da abordagem à pessoa vítima de trauma torácico, e tendo em conta as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica trata-se de tentar diminuir o risco de infeção associado. Nestas situações o enfermeiro deverá identificar os fatores de risco subjacentes, como por exemplo, a duração prolongada da toracotomia, o tempo de internamento e a presença de contusões, laparotomia e hematoma retido (Parra e Guáqueta, 2014).

Algumas das intervenções autónomas dos enfermeiros dizem respeito aos posicionamentos no leito, pelo que os enfermeiros deverão compreender a influência dos mesmos na oxigenação e **conforto** da pessoa. Segundo Parra e Guáqueta (2014), recomenda-se a posição de ventral e rotação lateral continua no sentido de favorecer a oxigenação e evitar pneumonia nosocomial.

A prevenção de complicações é determinante na atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa, sendo que em situações de instabilidade hemodinâmica este aspeto se torna ainda mais preponderante. Um exemplo da necessidade deste discernimento é no caso de uma pessoa apresentar uma drenagem torácica clampada e iniciar um quadro de polipneia e enfizema subcutâneo. Nestas situações a drenagem deverá ser imediatamente desclampada e avisar de imediato o médico assistente. Informar a pessoa sobre os programas existentes tendo em consideração o processo de reabilitação após a alta hospitalar é também fundamental no sentido da articulação/continuidade dos cuidados prestados. (Parra e Guáqueta, 2014).

Por outro lado, Nogueira *et. al.* (2015) enumera um padrão de intervenções de enfermagem para pessoas vítimas de trauma numa situação de internamento hospitalar. Estas intervenções foram



determinadas sobre o método *Nursing Activities Score* (NAS) e compreendem: monitorização e controlos; investigações laboratoriais; terapêutica; procedimentos de higiene; cuidados com drenos; mobilização e posicionamentos; suporte e cuidados aos familiares e pessoas; tarefas administrativas e de gestão; suporte respiratório; cuidado com as vias aéreas artificiais; tratamento para a melhoria da função pulmonar; medição e registo do débito urinário.

Facilmente se poderá adaptar estas intervenções para a uma linguagem de enfermagem mais facilmente compreendida em Portugal, nomeadamente, através da utilização da CIPE®, contudo trata-se porventura de uma área pouco explorada e com pouca evidência disponibilizada atualmente.

2.6. Considerações Finais

A última etapa Revisão Integrativa da Literatura consiste na elaboração de um documento que deve contemplar, de forma criteriosa, a descrição de todas as etapas percorridas pelo investigador e apresentar os principais resultados obtidos (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

No sentido de validar o seu estudo, o investigador deve deixar claro quais as lacunas encontradas na literatura, assim como, apontar caminhos futuros para que outros investigadores possam adotar em novas pesquisas científicas (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

Apesar de se obterem resultados valiosos através deste tipo de investigação, usualmente o conhecimento não é partilhado, o que pode levar à duplicação desnecessária de esforços e à perpetuação de abordagens clínicas que não são baseadas em evidências. Fazer apresentações na própria instituição, em conferências locais, regionais e nacionais e publicações para o público em geral, na forma, por exemplo, de relatórios periódicos ou boletins profissionais, estão entre algumas formas de divulgar iniciativas bem-sucedidas (Melnyk *et. al*; 2010).

A realização da presente Revisão Integrativa de Literatura permite uma abordagem geral e sistemática sobre a abordagem e o papel do enfermeiro à pessoa vítima de traumatismo torácico.

A traumatologia, nomeadamente, os traumatismos torácicos, são uma área com conteúdos vastos e em que a abordagem de enfermagem engloba várias vertentes. Existem as intervenções autónomas de enfermagem, em que o estabelecimento do processo de enfermagem consagra de forma evidente a atuação do enfermeiro perante uma pessoa vítima de traumatismo torácico, e em todas as suas fases do processo de doença. Por outro lado, na maioria de situações é necessária uma abordagem multidisciplinar, em que o enfermeiro desempenha um papel fundamental, mas que terá que contemplar intervenções interdependentes, assim como, a articulação, delegação e encaminhamento para outros profissionais.

Para uma abordagem eficaz à pessoa vítima de trauma e em prol da qualidade dos cuidados de enfermagem, é fundamental a existência de uma consolidação de conhecimentos teórico práticos dos enfermeiros e a existência de treinos e formação contínua das equipas (Sallum, Santos e Lima, 2012; Unsworth, Curtis e Asha, 2015).

Protocolos de atuação face à efetivação de alguns dos procedimentos invasivos mais comuns deverão ser desenvolvidos, aplicados e terem seus resultados trabalhados e divulgados com vista à melhoria contínua e à uniformização da prática dos enfermeiros baseada na evidência.

A realização da presente revisão permitiu identificar a necessidade de valorizar e discutir no seio da enfermagem as intervenções específicas perante alguns diagnósticos de enfermagem, nomeadamente na área do trauma (Sallum e Sousa, 2011). Uma das situações identificadas é a existência de uma certa desvalorização da dor nas situações de trauma, que poderá estar relacionada com a priorização dos diagnósticos e correspondentes intervenções para os aspetos relacionados com os algoritmos de reanimação e estabilização hemodinâmica da pessoa. Contudo, enquanto especialista em enfermagem médico-cirúrgica é crucial a intervenção precoce e efetiva sobre a dor e as questões do conforto. Como já foi descrito anteriormente, esta negligência poderá acarretar consequências devastas para a evolução clínica e para o bem-estar da pessoa e família. A utilização de instrumentos objetivos para a avaliação da dor, o uso de protocolos e a avaliação contínua da prática exercida, permite uma resposta efetiva e especializada no cuidado a pessoa em situação crítica (Sallum e Sousa, 2011).

O envolvimento da família no processo de enfermagem desde os momentos iniciais e durante todo o processo de recuperação ou de luto associado à eventual morte da pessoa é outro dado identificado com basilar nos cuidados de excelência em enfermagem e que, muitas das vezes não é colocado em prática pelas mais variadas adversidades. Este olhar holístico permite uma reflexão e atuação especializada no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

Os conteúdos extraídos acrescentaram informações que poderão auxiliar a atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa vítima de trauma, mais especificamente, nas situações de traumatismo torácico, quer em cenário de emergência, quer numa abordagem posterior em contexto de internamento. Torna-se elucidativo o potencial dos diagnósticos de enfermagem para priorizar os cuidados às pessoas vítimas de trauma (Sallum e Sousa, 2011).

Os diagnósticos e intervenções identificados na literatura apresentam frequentemente uma linguagem que não vigora em Portugal, sendo que facilmente se poderão realizar adaptações para a linguagem de enfermagem adotada em Portugal, nomeadamente, a CIPE®. Todavia trata-se de uma questão potencial para futuros estudos na área do papel de enfermagem no trauma, a realização de um resumo



mínimo de dados que albergue os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem à luz da linguagem CIPE® e reconhecida pelas entidades especializadas e peritas na área.

Os dados extraídos desta revisão são muito generalistas, possivelmente condicionados pela questão de investigação traçada inicialmente, que por si só também poderá levar a um tipo de resultado generalizado por ser pouco específica / direcionada.

Os resultados obtidos confluem com aqueles que estão patentes no manual e artigos de revisão sobre a abordagem à pessoa vítima de trauma torácico, não existindo evidência de conhecimentos recentes alternativos (últimos seis anos) quando comparados com os já existentes e tomados como verdadeiros no seio da comunidade científica atual.

Serve o presente trabalho desenvolvido como uma compilação atualizada de conteúdos baseados na evidência sobre os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico e como mote para o desenvolvimento de mais trabalhos de investigação de enfermagem sobre o tema.



3. PROJETO DE APRENDIZAGENS CLÍNICAS (PAC)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista integra, juntamente com o perfil de competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar (OE, 2010).

O Estatuto da OE, replicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, prevê que “o *título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem*”, ou seja, o enfermeiro especialista deve desenvolver um papel diferenciado dos restantes enfermeiros.

Neste sentido, e centrando o foco nas competências específicas do enfermeiro especialista abrangidas pela Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, é fundamental conhecer e analisar adequadamente as competências que compõem o perfil de um enfermeiro especialista nestas áreas.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa que tem uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2010). Por outro prisma, embora complementar, o alvo de intervenção da especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa é a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos seus projetos de saúde, tal como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar (OE, 2011).

A realização dos Estágios visa o desenvolvimento e consolidação das competências específicas. A escolha do local torna-se facilitador no processo uma vez que, a um serviço de Urgência recorrem frequentemente pessoas em situações que correspondem aos critérios anteriormente descritos.

3.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Competência K1 – *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.*



Face a este grupo de competências, a experiência adquirida pela práxis desenvolvida no serviço de urgência geral (SUG), permitiu e permite ao estudante demonstrar e desenvolver-las. A prestação de cuidados à pessoa em situação emergente faz parte de quotidiano de um enfermeiro de Urgência, visto que, lida regularmente com situações de emergência que recorrem à Urgência proveniente da comunidade ou do próprio Centro Hospitalar. Por outro lado, o internamento ou permanência no SUG é pautado pela instabilidade hemodinâmica de alguns dos clientes que nele permanecem, logo a imprevisibilidade da ocorrência de situações críticas de emergência associadas a instabilidade e/ou risco de falência orgânica é algo que um enfermeiro que trabalhe em serviços com estas características tem que estar devidamente preparado. Exemplo de situações que podem refletir a mobilização desta competência em contexto prático são as de pessoas em edema agudo do pulmão. Nestas situações a priorização dos cuidados e a rápida intervenção dos enfermeiros em concomitância com o médico é fulcral para a resolução momentânea e eficaz da situação. Por outro lado, em certos casos, a descompensação hemodinâmica é de tal modo marcada que a situação converge para uma paragem cardiorrespiratória necessitando o enfermeiro de agir segundo as suas competências mobilizando todos os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no decorrer do seu percurso académico/profissional. Maioritariamente a atuação do enfermeiro é fundamental visto ser a primeira abordagem neste tipo de situações, sendo que varias vezes o apoio médico não ocorre no tempo desejado, tendo o enfermeiro de assumir claramente o papel de comando no processo de reanimação. Para que tal aconteça, é necessário o conhecimento dos algoritmos e protocolos vigentes, uma vez que permite uma atuação em conformidade e com segurança para si, para os que o rodeiam e sobretudo para a pessoa.

A gestão da dor da pessoa em situação crítica é algo que fica bastante evidenciado, na Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) onde, por exemplo, pessoas submetidas a ventilação mecânica, com o estado de consciência alterado, carecem de uma utilização rigorosa e cuidada de todas as escalas de avaliação de dor em vigor no serviço aliadas a uma capacidade elevada de observação e avaliação da situação no sentido de proporcionar o alívio sintomático da dor ajustado a cada pessoa/cliente.

O medo e o stresse associado a situações de crise em que a morte é encarada como um desfecho possível na situação atual da pessoa, é outra dos diagnósticos de enfermagem inerentes a situações de urgência/emergência em relação à pessoa que vivencia a situação, mas também aos familiares que, em muitos dos casos, acompanham a evolução da situação de doença/crise. Neste sentido a atuação



do enfermeiro poderá passar pelo tranquilizar, na medida do possível, a pessoa em situação de crise, tentando entender quais os receios iminentes da pessoa, passando uma imagem de segurança, controlo e esperança para a resolução da situação, independentemente de qual for o desfecho. Por outro lado, a abordagem e o acompanhamento, da família nestas situações, sendo que muitos dos casos apenas *a posteriori*, é também fundamental para a integração da mesma no processo de saúde atual da pessoa / luto. A empatia surge como uma característica importante para o relacionamento interpessoal e como facilitador de estabelecimento de relações de ajuda com os clientes e familiares que vivenciam processos de revolta/angústia e medo associados às situações de crise despoletadas pela doença aguda/crítica e que, eventualmente poderão culminar em morte, ou processo de luto no caso dos familiares.

Com o decorrer do estágio e com a assimilação de conhecimento decorrente da frequência no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, permitiu ao estudante uma capacitação gradual na gestão e abordagem deste tipo de situações em particular. A visão holística no cuidado à pessoa ganhou um sentido mais lato e prático com a adjudicação de todos os conteúdos lecionados e investigados, assim como, com as competências desenvolvidas no âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Apesar da priorização dos diagnósticos de Enfermagem, deixa de existir apenas um foco na situação física/orgânica, mas também em todas as vertentes comprometidas associadas a uma situação de crise.

Neste sentido, penso que esta competência foi adquirida, mobilizada e desenvolvida no decorrer deste percurso.

Competência K2 – *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.*

A resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, de forma ideal, para serem testadas e criteriosamente analisadas só em contexto de ação real. Felizmente, para a população de um modo geral, não são frequentes situações de catástrofe na região pelo que a evidência desta competência fica condicionada a conteúdos mais teóricos.

A participação do estudante no SETLOG2015 em Azeitão, evento organizado pela Proteção Civil juntamente com os Bombeiros Sapadores de Setúbal e as demais instituições da região, nomeadamente a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, permitiram uma aquisição de conhecimento sobre os mecanismos de atuação e organização interinstitucional de forma



a dar resposta à comunidade em situações de catástrofe. A atuação do enfermeiro especialista torna-se fundamental, sobretudo a nível de conhecimentos e capacidade de resposta e gestão dos demais recursos e perante as situações de multi-vítimas onde é necessária uma abordagem rápida e organizada dentro do caos. As triagens primárias e secundárias foram simuladas no evento o que permitiu ao estudante consolidar conhecimentos na área, já adquiridos anteriormente de forma parcial a quando da realização do curso de Triagem de Manchester na sua vertente de Triagem em situações de Catástrofe.

O interesse no conhecimento do plano de evacuação e de ação protocolado e vigente no SUG permite de igual forma ao estudante ter um nível de preparação superior de forma a poder efetivamente dinamizar uma resposta efetiva em eventuais situações de catástrofe ou de emergência multi-vítimas que surjam na comunidade.

O facto de existirem por vezes, entradas emergentes simultâneas na sala de reanimação do SUG de situações de pessoas em fase crítica, permitiram ao estudante, no decorrer da sua prática clínica, adquirir e desenvolver mecanismos de forma a poder atuar face a estas situações.

No decorrer do estágio denotou-se uma evolução positiva no papel do estudante enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, o que por exemplo, se traduziu numa melhor assunção da responsabilidade na organização das equipas em situação de emergência, nomeadamente na sala de reanimação/ trauma, podendo experimentar, por iniciativa própria o papel de *team leader* na distribuição e organização do processo de abordagem à pessoa em situação crítica. A postura assumida é facilitadora, uma vez que, a calma e assertividade são fundamentais em situações desta ordem. O conhecimento adquirido e manifestado permite um reconhecimento dos pares que valida e favorece a posição do estudante em situações semelhantes.

Este reconhecimento dos pares repercute-se também no incentivo, motivação e aceitação do estudante para o ingresso da equipa VMER.

Competência K3 – *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.*

A intervenção na prevenção e controlo de infeção é uma competência consagrada nas competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais, contudo, a maximização desta intervenção perante situações críticas e ou de falência orgânica tendo em conta a complexidade da situação e a



necessidade de resposta em tempo útil e adequada, fazem com que seja uma competência de especialista. Pormenores como, em situações de entubações oro traqueais de emergência, efetuar uma aspiração de secreções com recurso a luva esterilizada no sentido de manter a assepsia da via aérea e prevenir IAC's, é algo que um enfermeiro especialista deverá assegurar e promover na sua prática diária. A capacidade de resposta à situação crítica de forma eficaz mobiliza vários conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o percurso profissional e académico do enfermeiro, entre os quais os conteúdos associados ao controle de infeção nas demais intervenções e cuidados à pessoa. Esta relevância desta competência no contexto da pessoa em situação crítica foi de igual forma evidenciada com a realização do PDA, nomeadamente, com a evidência da importância do controle de infeção nos procedimentos invasivos em situações de emergência associados a eventos de trauma.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) permite assegurar a qualidade nos cuidados de saúde através do controlo da qualidade a nível dos processos, estruturas e resultados associados aos cuidados prestados. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), nomeadamente através do Grupo de Coordenação Local (GCL), assume um papel preponderante nas iniciativas que visam minimizar o risco e controlar a infeção a nível hospitalar. Neste sentido foi proposto pelo estudante a realização de um estágio de observação na unidade local de modo a conhecer e assimilar o trabalho desenvolvido pela equipa, de modo a melhorar a intervenção na prevenção e controlo de infeções perante uma pessoa em situação crítica.

A realização deste estágio de observação permitiu ao estudante adquirir e aprofundar conhecimento sobre a resistência antimicrobiana, assim como, as medidas de isolamento necessárias para cada um dos microrganismos isolados. A noção de que é um trabalho de retaguarda, contudo fundamental para a organização das enfermarias, para a segurança das pessoas internadas, familiares e profissionais. A constante alerta e emissão de avisos sobre o isolamento de microrganismos das culturas efetuadas é das principais preocupações do GCL.

A articulação multidisciplinar é fundamental para evitar a propagação e o aumento da resistência de microrganismos, que segundo a evidencia, vão sendo cada vez mais frequentes. Estes conteúdos permitiram ao estudante ficar mais desperto para as situações relacionadas com o controlo de infeção na sua prática, sobretudo num serviço em que nem sempre tem as condições mais adequadas para o controle de infeção, nomeadamente as cruzadas, visto existir uma sobrelotação permanente daquilo



que era suposto ser a capacidade máxima de internamento de pessoas, devidamente instaladas, com conforto e segurança.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Competência L5 – *Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.*

O cuidado a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal está intimamente ligada à prestação de cuidados de um enfermeiro do SUG dado o novo paradigma vigente na sociedade atual. São poucas as famílias que assumem, face a uma situação de descompensação sintomática, a morte em casa, sendo os serviços de Urgência, tipicamente lotados e sem qualquer capacidade de proporcionar o conforto e o bem-estar característicos de um lar ou similar, o destino destas pessoas. A ausência de alternativas e a capacidade de resposta insuficiente a nível comunitário é um problema real e atual. Quanto à atuação do estudante, a identificação das necessidades da pessoa nesta fase de doença e posterior intervenção junto das mesmas é recorrente na sua prática diária. A avaliação da dor através do recurso às várias escalas de avaliação da dor em vigor no SUG, assim como, a colaboração estreita com os demais profissionais de saúde, permitem assegurar, na medida do possível, o maior conforto e bem-estar da pessoa. A postura e conduta assumida pelo estudante enquanto enfermeiro que preserva e respeita a pessoa em fase terminal, pelo que a realização de intervenções invasivas está fortemente condicionada e apenas surge em situações em que as necessidades da pessoa o justifiquem e não de forma leviana ou por “rotina” como efetivamente acontecem em muitas situações. O estudo realizado nesta área permitiu ao estudante uma perspetiva mais abrangente sobre a temática, assim como, fundamentar as intervenções ou a não atuação. O recurso a medidas não farmacológicas e de conforto são uma parte fundamental para o desenvolvimento e consolidação desta competência. Neste sentido, o estudante propôs a continuidade na pesquisa bibliográfica sobre as questões associadas à intervenção do enfermeiro na doença crónica, incapacitante e terminal, assim como, a realização de um estágio de observação na Unidade de Cuidados Paliativos. Este estágio permitiu ao estudante conhecer a organização, missão e gestão de um serviço vocacionado para o cuidado de pessoas com doenças em fase terminal, assim como, das suas famílias. Apesar de ter sido um contacto breve e limitado, o estudante pode aperceber-se do excelente trabalho executado na



Unidade, nomeadamente na preparação da pessoa e família para um desfecho inevitável, a sua aceitação gradual e a preparação precoce para o luto. A autonomia da pessoa e família é exponenciada no sentido de aumentar o bem-estar dos intervenientes. O estudante aproveitou o estágio realizado para ficar mais desperto para algumas intervenções farmacológicas e não farmacológicas que aplicadas na prática permitem aumentar o conforto na pessoa em fim de vida. Estes contributos foram importantes para a readaptação da abordagem realizadas no contexto da praxis do estudante, nomeadamente, no SUG. A dor e o conforto da pessoa internada passaram a ser, indubitavelmente dois dos diagnósticos de Enfermagem prioritários, sendo que o trabalho em equipa é fundamental para a satisfação dos mesmos.

Competência L6 – *Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e á morte.*

Como já foi referido anteriormente, na competência anterior, a relação com os familiares é de algum modo condicionada no SUG dada a organização do mesmo. A limitação do acesso dos familiares ao serviço, assim como, o período de visita ser muito condicionado, não é promotor do estabelecimento de uma relação de ajuda com os mesmos.

O estudante em consonância com a enfermeira orientadora e com os restantes chefes de equipa procura, nos casos de situações de pessoas com doença terminal, facilitar a interação entre pares, promovendo sempre que possível, momentos de privacidade entre o cliente e os seus familiares, apesar das normas de funcionamento institucionais.

A preparação dos familiares, o seu acompanhamento e o apoio prestado durante todo o processo de visita, a quando de situações de crise com prognósticos reservados fazem parte da atuação diária do estudante e da sua postura face à particularidade destas situações.

Tal como o descrito anteriormente, a realização do estágio na Unidade de Cuidados Paliativos juntamente com o investimento pessoal na pesquisa bibliográfica sobre a temática, contribuíram para que o estudante ficasse mais desperto e consequentemente mais competente na relação para com as pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, assim como, com os seus cuidadores e familiares. O acompanhamento e disponibilidade apresentados, por exemplo, na hora das visitas, permitiu envolver a família, perceber as suas dúvidas, medos e necessidades, podendo assim integrá-las no processo de Enfermagem. O reconhecimento das pessoas e familiares, em determinadas



situações, do papel desempenhado pelo estudante, trata-se de uma validação do trabalho efetuado e desenvolvido. Por exemplo, o agradecimento dos familiares pelo apoio, disponibilidade e gestão do processo junto da restante equipa multidisciplinar, após o falecimento da pessoa, refletindo uma boa preparação previa do luto e da importância do enfermeiro nesse processo.



4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas para intervir em ambiente complexo, mas sobretudo capaz de suportar na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (nº 1 do artigo 2º do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESS/ IPS, 2011).

O número 4, do artigo 18º, do Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de março preconiza que no ensino superior politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. Desta forma, e complementarmente ao desenvolvimento das competências do perfil do enfermeiro especialista, é esperado que para a aquisição de grau de Mestre em Enfermagem o estudante adquira as seguintes competências:

4.1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

- 4.1.1. Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- 4.1.2. Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- 4.1.3. Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- 4.1.4. Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;
- 4.1.5. Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- 4.1.6. Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
- 4.1.7. Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

O desenvolvimento desta competência está intimamente relacionado com a prática profissional, o desenvolvimento dos estágios, no decorrer do MEMC e do aporte teórico das UC's lecionados ao longo do curso.

A prestação de cuidados de enfermagem especializada, de qualidade, implica uma avaliação exaustiva do indivíduo, das famílias e da comunidade, em situações complexas, sendo que está presente na



atuação de um enfermeiro que presta cuidados em situações complexas, como é o caso de um Serviço de Urgência. Esta avaliação implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura, fundamentada em premissas de “natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (Deodato, 2008). O fato de o estudante ter frequentado o curso de aquisição de competências de enfermeiro de VMER, permitiu em contexto prático, abordar e desenvolver complementarmente esta competência, dadas as características particulares da abordagem da pessoa, famílias e comunidades inseridos no seu próprio ambiente e não num meio hospitalar. Em situações de grande complexidade, nomeadamente na emergência, a capacidade de mobilização e articulação de conhecimentos teórico práticos de uma forma rápida e eficiente é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade atendendo as necessidades das pessoas, que na maioria dos casos, pode por em risco a suas vidas.

O módulo de Supervisão Cuidados permitiu uma melhor compreensão dos processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica assim como, o desenvolvimento de competências no raciocínio crítico da tomada de decisão em cuidados complexos, através de uma reflexão pessoal e em grupo com partilha de experiências e terminando com a análise de casos. Para Abreu (2008), a supervisão clínica trata-se de um processo que tem por objetivo a avaliação de situações problema à luz das competências clínicas, de estratégias de gestão de cuidados, sob dimensões afetivas e relacionais, pelo estudante e pelo elemento supervisor, no sentido de estimular e desenvolver a reflexão sobre o processo de tomada de decisão. A formulação de diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, segundo classificação CIPE®, devidamente fundamentados para os problemas previamente identificados, permitiu um acréscimo valioso para o percurso do estuante no processo de consolidação das competências do enfermeiro especialista como também, cumulativamente contribui para o desenvolvimento das competências de mestre, visto que, com este tipo de exercícios e prática controlada permitiu responder de forma positiva a todos os pontos que constituem a primeira competência de mestre, descrita anteriormente.

Esta competência está intimamente ligada à enfermagem baseada na evidência, ou seja, a fundamentação necessária para a tomada de decisão em enfermagem terá que ser regida por uma prática baseada na evidência – devidamente sustentada por conteúdos credíveis e cientificamente válidos. Este facto permite ao enfermeiro agir em consciência, com segurança e dispor à pessoa cuidados de enfermagem de excelência.

A realização do PDA permitiu entre outras, a identificação e reflexão sobre um padrão de intervenções especializadas de enfermagem sobre a temática em estudo baseada na evidência, nomeadamente,



sobre o papel do enfermeiro e dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em casos de pessoas em situações críticas, mais particularmente, em pessoas vítimas de traumatismo torácico.

A participação do estudante no curso de aquisição de competências de enfermeiro VMER concomitantemente à frequência do MEMC, à execução do PDA e do presente relatório, permitiu uma reflexão mais abrangente e direcionada para as questões da atuação do enfermeiro enquanto profissional de primeira linha na abordagem à pessoa desde o primeiro momento até à sua total recuperação ou morte, zelando de igual forma com os familiares / cuidadores.

Em muitos casos, que em ambiente pré-hospitalar, que seja em contexto hospitalar as pessoas recorrem aos serviços de saúde de forma desajustada, isto é, por desconhecimento ou por mau aconselhamento. Não descurando outras questões como a assistência insuficiente prestadas a nível dos cuidados de saúde primários. Contudo, para o presente relatório é importante o papel dos enfermeiros na educação e corresponsabilização das pessoas no seu processo de saúde, assim como, na gestão dos cuidados de saúde disponíveis na comunidade onde estão inseridos, em prol do bem-estar não só do indivíduo como da população em geral.

Questões como a recorrência desmedida às urgências hospitalares de pessoas com situações crónicas e não urgentes, que supostamente seriam para ser resolvidas / acompanhadas em contexto de cuidados de saúde primários, é um flagelo atual que se vivencia em quase todos os serviços de urgência públicos do País, e que condiciona a dinâmica e a prestação de cuidados dos profissionais de saúde que deles fazem parte, dado o aumento exponencial de admissões em relação à capacidade de resposta das instituições, quer a nível estrutural, que a nível de recursos (humanos e materiais).

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros assumem um papel preponderante. O estudante no decorrer da sua prática, fornece as informações necessárias que auxiliam a pessoa e familiares a realizar uma gestão mais adequada das situações de saúde tendo em consideração a utilização dos serviços de saúde. Um exemplo desta situação, acontece com algumas pessoas com patologia pulmonar crónica que recorrem ao SUG frequentemente, sendo que em algumas das situações o motivo é simplesmente porque não sabem administrar de forma adequada a terapêutica inalatória prescrita o que os leva a uma situação de descompensação rapidamente. O ensino e a validação do conhecimento transmitido são um papel fundamental do enfermeiro, que não pode focar-se apenas na resolução do problema atual. A envolvência de familiares ou cuidadores no processo reforça ainda mais os ensinamentos realizados tornando as intervenções realizadas mais eficazes.

Por outro lado, a participação ativa do estudante em grupos de trabalho em vigor no SUG, tais como, no grupo de avaliação do risco de queda e no grupo dos registos de enfermagem, permitem ao



estudante desenvolver e contribuir com trabalho que promove o bem-estar, a saúde e os cuidados de excelência em enfermagem. Os contributos retirados do estágio de observação na GCL-PPCIRA permitiu também a implementação e consolidação de conhecimentos sobre o controlo de infeção que se manifestaram nas atitudes e procedimentos do estudante, nomeadamente nos casos de isolamento por microrganismos multirresistentes, em que existe uma preocupação mais evidente sobre as medidas de proteção individual assim como as questões relacionadas com a infeção cruzada e com a organização das unidades. A transmissão de informação de forma contundente aos familiares das pessoas em situação de isolamento para as questões relacionadas com o tipo de isolamento em vigor passou a efetivar-se como uma prioridade no cuidado à pessoa e no processo de enfermagem estabelecido para a pessoa e familiares.

A execução de cartas de transferência / encaminhamento quer seja para outros serviços, quer seja para outras instituições, permite a continuidade nos cuidados, e é uma prática diária de um enfermeiro de um SUG.

A prestação de cuidados de enfermagem está assente em valores como está descrito no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro, desta forma a prática de enfermagem está baseada em conteúdos éticos que se assumem como uma defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do próprio enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

A contribuição do estudante nos processos de integração de novos elementos no SUG, por intermédio de partilha de experiências e de conhecimentos adquiridos quer durante o MEMC quer durante o curso de aquisição de competências de enfermeiro VMER, permitiu de igual forma ao estudante o desenvolvimento da competência da supervisão dos cuidados.

4.2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

- 4.2.1. Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
- 4.2.2. Valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.

Esta competência é de forma inequívoca manifestada com a frequência do estudante no curso de MEMC e na vontade de querer com esta participação, o desenvolvimento e consolidação das competências adquiridas até então, mas também de adquirir novas competências que lhe permitam crescer enquanto enfermeiro, mas também sob o prisma de valorização do seu percurso de desenvolvimento profissional.



Na sequência da frequência do curso de MEMC, surgiu a hipótese da candidatura ao curso de aquisição de competências de enfermeiro VMER, o que era um objetivo pessoal e profissional do estudante baseado no seu percurso enquanto enfermeiro de um SUG. Esta determinação permitiu a realização e frequência dos dois cursos de forma concomitante, não obstante as demais exigências profissionais e pessoais, mas que se traduziram na evolução substancial dos conhecimentos, competências e valorização profissional do estudante pelos pares.

A possibilidade de elaborar um PDA, emanou uma necessidade educativa identificada pelo estudante como sendo uma lacuna para a sua prática. Esta reflexão pessoal induzida pela necessidade de execução de um projeto à luz do curso MEMC permitiu uma introspeção que até então não havia sido desenvolvida pelo estudante.

Esta competência consagra ainda a autoformação como componente essencial do desenvolvimento uma vez que permite uma atualização de conhecimentos e desta forma, responder de forma efetiva a um dos deveres do enfermeiro, configurado no Código Deontológico do Enfermeiro na alínea c) do Artigo 88º *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos...”*.

A ciência de Enfermagem como as demais na área da saúde é baseada em constructos determinados pela prática e pela investigação, sendo que esta premissa determina a necessidade de uma constante formação e atualização de conteúdos.

4.3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

- 4.3.1. Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- 4.3.2. Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- 4.3.3. Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- 4.3.4. Faça gestão de casos quando aplicável;
- 4.3.5. Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

A competência acima descrita, assim como, as alíneas correspondentes, foram de certa forma abordadas nos pontos anteriores. Em sequência com o relatado, as aquisições de competências de



especialista foram e são manifestadas no decorrer da praxis quer no contexto pré-hospitalar quer no contexto hospitalar. Os contributos teórico práticos adquiridos durante todo este processo foram fundamentais para a execução de forma competente e distinta das intervenções de enfermagem delineadas face a diagnósticos elaborados individualmente para cada pessoa em situação crítica, mas também, integrando de forma contundente os aportes adquiridos sobre a pessoa em situação crónica e paliativa, integrando-os na praxis diária, independente do contexto.

O facto de agir como referência em relação aos pares é também reconhecido pelos demais profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, que em situação de emergência, e dados os conhecimentos e capacidade de atuação demonstrados, assumem um papel de parceria nos processos de tomada de decisão que por norma são sobejamente evitados. Em situações de PCR com necessidade de realização de SAV, a equipa procura o estudante no sentido de orientar e assumir de forma não formal o papel de *team leader*.

A abordagem conceptual do presente relatório permite ao estudante demonstrar os conhecimentos adquiridos, desenvolvidos e pesquisados sobre os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com a ciência de enfermagem, sendo que, apesar de ter sido a mesma realizada de uma forma generalista, enquadra especificamente o tema em estudo sob a perspetiva da abordagem dos cuidados à pessoa em situação crítica, mas também da pessoa em situação crónica e paliativa.

As formações em serviço pelos grupos de trabalho no sentido de divulgar os relatórios e auditorias efetuadas promovem a adesão dos pares a boas práticas e à melhoria contínua em enfermagem. No caso descrito anteriormente, o facto de agir como referência em situações de emergência permite ao estudante ser consultor dos demais profissionais de saúde sempre que solicitado. O mesmo é válido em relação ao esclarecimento da utilização e funcionalidade de novos materiais adquiridos para o SUG por intermédio do início de atividade da VMER, como por exemplo, a capnografia ou dispositivos supraglóticos.

As situações onde poderá ser evidenciada a gestão de casos, é nomeadamente o acolhimento da pessoa na sala de reanimação e o acompanhamento da mesma durante todo o seu processo de estabilização, nomeadamente, a articulação com os serviços de imagiologia para a realização de MCD's, a disponibilização de vagas para a efetivação do internamento, a articulação com os restantes elementos das equipas para o encaminhamento e continuidade dos cuidados, o acompanhamento da pessoa em situação hemodinamicamente instável em todo o circuito até a sua ida para UCI, BO ou UIPA – sendo que por vezes nesta última, o estudante acaba por continuar a prestar cuidados à pessoa, realizando *à posteriori* a gestão de visitas e cuidado aos familiares.



O último item da competência acima descrita, pode ser corroborado de alguma forma pelo facto de o estudante trabalhar em parceria / acumulação de funções com outras entidades públicas, nomeadamente a ESS/IPS, onde desempenha funções de assistente convidado desde 2011, que visa a formação de novos enfermeiros, o que por si já é um contributo para a população em geral, mas também por complementar a sua atividade profissional na VMER onde, através de uma entidade publica, consegue prestar uma assistência diferenciada de proximidade com a população que promove a saúde publica.

4.4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

- 4.4.1. Selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- 4.4.2. Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

Esta questão já foi evidenciada nos pontos anteriores dada a sua relevância para o perfil de uma mestre em enfermagem médico-cirúrgica. A tomada de decisão é um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação. A OE (2001) refere que *“a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática”*, pelo que no processo de tomada de decisão, devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e, por conseguinte, contribuímos para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão

Com base nesta condição, foi desenvolvido um PDA com recurso a uma Revisão Sistemática da Literatura que permitiu determinar com base na evidência disponível, quais os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico. Para que tal acontecesse, foi necessária a identificação inicial de um problema afeto ao qual foi desenvolvida a questão de investigação e consequentes atividades e estratégias para a resolução do mesmo. A adoção da metodologia de trabalho de projeto foi potenciadora da satisfação da competência acima descrita.

O processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assim como, a investigação desenvolvida foi regulada por teorias de enfermagem, mas também pelo percurso pessoal e de formação do estudante, sempre sob alçada do código deontológico do enfermeiro e das questões bioéticas relacionadas. A alínea c), do nº 9 do REPE, afirma que *“os enfermeiros utilizam técnicas próprias da profissão de Enfermagem com vista à manutenção e*



recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade” e na alínea e), acrescenta que “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”. Este suporte legal permite a intervenção do enfermeiro em situações de emergência, quer inserido numa equipa multidisciplinar quer em situações que demandem uma intervenção autónoma. A este facto prende-se “o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”, como está patente na alínea a) do artigo 83º do EOE.

A formação do estudante quer no curso de Licenciatura em Enfermagem quer no curso de MEMC, foi pautada pela grande componente ético-deontológica, nomeadamente pela Unidade Curricular de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, sendo que estes contributos delimitaram e conduziram a atuação do estudante na sua praxis, mas também enquanto investigador. O artigo 8º do capítulo IV do REPE afirma que *“os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos”.*

Na perspetiva deontológica, a responsabilidade inerente ao processo de tomada de decisão é mandatária quando é declarado no Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea b) do artigo 79º que *“o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”.* Esta responsabilidade é do domínio jurídico ético e profissional.

Pode-se afirmar que decisões são tomadas diariamente no sentido de um agir que corresponda às necessidades das pessoas, por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela se pode renunciar. Esta tomada de decisão confronta a responsabilidade do compromisso profissional, com o poder das competências e com a justiça do pacto que temos com a excelência do cuidado pelo bem-estar e pela segurança das pessoas (Nunes, 2006).

O EOE na alínea a), do nº1, do artigo 76º refere que *“os membros efetivos estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem”.* Por outro lado, o nº 2 do artigo 78º do mesmo documento determina como valores universais *“a Igualdade; a Liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a Verdade e a Justiça; o Altruísmo e a Solidariedade; assim como a competência e o aperfeiçoamento profissional”.*



Esta competência entrecruza-se com as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, analisadas anteriormente no presente relatório.

4.5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

- 4.5.1. Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;
- 4.5.2. Use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

A realização do PDA constitui por si um processo de investigação levado a cabo pelo estudante sob a égide de uma revisão integrativa da literatura. Os resultados obtidos são baseados na evidência e traduzem-se como guia de boas práticas nos cuidados à pessoa vítima de traumatismo torácico, podendo os mesmos desta forma serem integrados no processo de aquisição de competências especializadas. Apesar de os resultados obtidos não demonstrarem nenhum procedimento novo ou menos recomendado daqueles que já anteriormente eram descritos na literatura, permite contribuir para uma melhoria da prática, não só pela compilação de conteúdos, mas também através da abordagem do processo de enfermagem inerente aos cuidados, e que são pouco desenvolvidos/explorados / discutidos na prática de enfermagem. Este facto permite e potencia a evolução da prática de enfermagem, assim como, apresenta caminhos válidos para a continuação do desenvolvimento de conhecimento nesta área.

4.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Esta competência foi desenvolvida no decurso do processo de realização do PAC e PDA. A realização do PDA como já foi anteriormente descrita envolveu a realização das várias etapas associadas à revisão integrativa de literatura, pelo que responde em certa medida uma análise diagnóstica, de planeamento e discussão dos resultados obtidos.

Por outro lado, um dos objetivos específicos determinados envolvia a formação dos pares devido à existência de um elevado número de novos elementos no SUG, sendo que a maioria, recém-licenciados, em que o conhecimento sobre a temática é insuficiente. Como estratégia de resposta ao



objetivo foi delineado a realização de uma formação em serviço sobre a temática, formação essa que nunca foi efetivada devido a vários fatores, entre eles a pouca disponibilidade do serviço e chefia para o desenvolvimento de ações relacionadas com o MEMC. Contudo, foi adotada uma postura proactiva do estudante na integração dos novos elementos, assim como, na partilha de conteúdos teórico-práticos apreendidos durante o processo formativo com toda a equipa do SUG, sempre que oportuno e/ou quando solicitado.

A partilha futura do trabalho desenvolvido pelo estudante permitirá disponibilizar um acervo útil sobre a temática do traumatismo torácico sob a égide da enfermagem, cujo permitira a consulta pelos demais profissionais da área, assim como, pelos estudantes de enfermagem no seu processo formativo. Igualmente poderá ser uma ferramenta útil para a continuação de estudos de enfermagem sobre a temática, sendo que existe um número reduzido de contributos de enfermagem sobre a mesma.

Como já foi referido durante o presente relatório é fundamental a partilha da investigação efetuada, através da sua divulgação, por exemplo em revistas da especialidade ou em base de dados científicas.

O objetivo do estudante a curto prazo passa pela publicação do conteúdo do trabalho sob a forma de artigo numa revista científica da área, de forma a fomentar e estimular o debate e desenvolvimento de conhecimento de enfermagem na área da traumatologia.

Após a reflexão das competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, o estudante pensa ter conseguido demonstrar e mobilizar as competências esperadas com a realização do 4º curso do MEMC da ESS/IPS.



5. CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permite uma elucidação sobre o percurso efetuado ao longo do 4º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS, assim como, do empenho e trabalho necessários para o desenvolvimento sustentado e eficaz do projetado e das competências específicas necessárias para a obtenção do título de especialista e do grau de mestre.

O enquadramento conceptual e a referência às teorias de enfermagem traçam de forma clara a abordagem holística necessária nos cuidados prestados mesmo em situações críticas, crónicas e/ou paliativas. A interligação entre conteúdos ficou patente no decorrer dos estágios efetuados, sendo que se traduziram em ganhos para a praxis do estudante. Este aporte conceptual moldou de igual modo as questões do processo de enfermagem desenvolvidas com a realização do PDA, incluindo, por exemplo a situação do conforto em situações complexas / críticas, como é o caso da pessoa vítima de traumatismo torácico.

Foi realizado um enquadramento teórico sobre a temática que permite ao leitor a aquisição de conteúdos fisiopatológicos sobre a temática em estudo de modo a facilitar a integração de novos conhecimentos específicos para a enfermagem.

Trata-se de um desafio contínuo a integração de aportes, assim como, a crítica reflexiva na práxis diária, de forma a poder-se evidenciar a intervenção enquanto elemento diferenciado no seio de uma equipa, contudo a qualidade dos cuidados e a demonstração das competências especializadas desenvolvidas ao longo deste percurso permitiram um reconhecimento por parte dos pares e uma valorização profissional do estudante.

O MEMC é um investimento pessoal que advém de uma necessidade de aumento de conhecimentos, do desejo de evoluir e consolidar conteúdos que permitam a melhor prática com vista a qualidade e a excelência dos cuidados de Enfermagem prestados à população.

A execução do PDA permitiu uma revalidação dos conhecimentos de investigação mobilizando-os, possibilitando deste modo a obtenção de conhecimento baseado na evidencia que poderá ser utilizado não só em benefício próprio, como para os pares, mas sobretudo para a população que necessita e tem o direito a cuidados de enfermagem de excelência.

As UC's e respetivos módulos abordadas no decorrer do curso, permitiram de forma complementar, uma visão e consequente abordagem mais envolvente do projeto iniciado, assim como, a estruturação do processo de desenvolvimento de competências e do próprio projeto de desenvolvimento académico.



Foi elaborado um documento que demonstra de forma sintética o percurso de um estudante que visa o desenvolvimento e consolidação das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mas também as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

A análise estruturada e reflexiva das estratégias e atividades desenvolvidas que permitiram este ganho de competências está explícita no presente relatório. Por outro lado, o processo de investigação apresenta-se como o núcleo do presente relatório, que teve por base a identificação de um problema sentido pelo estudante como lacuna no seu conhecimento, permitindo deste modo o desenvolvimento de várias competências de enfermeiro especialista, mas também de mestre. De igual forma, permitiu a realização de uma revisão integrativa da literatura com a obtenção de um aporte de conhecimento sobre a temática que satisfaz por completo o défice de conhecimento identificado inicialmente. Isto traduz-se na garantia da prestação de cuidados de qualidade e com maior segurança por parte do estudante, assim como, a sua valorização e reconhecimento enquanto elemento de referência no seio da equipa de enfermagem.

Por outro lado, a escassez de conteúdos específicos sobre a temática poderá ser encarada, por um lado, como um aspeto dificultador, por outro representa uma linha de investigação futura em que a enfermagem poderá desenvolver um papel ainda mais preponderante.

Identifica-se de igual modo como aspeto dificultador a gestão de tempo insuficiente do estudante face à complementaridade dos estágios, a realização do PDA e do presente relatório, com a vida profissional e familiar, associada ainda à realização de um processo formativo exigente e moroso como foi o curso de aquisição de competência de enfermeiro VMER ministrado pelo INEM. A dedicação intermitente ao projeto por parte do estudante revelou-se de igual forma como um aspeto dificultador, uma vez que, permitiu a ocorrência de atrasos na concretização das estratégias planificadas. A situação atual do SUG e todas as mudanças estruturais e físicas ocorridas no decurso da realização dos projetos também não foram promotoras de uma melhor envolvência do trabalho executado com o serviço. A elevada carga de trabalho vivenciada pelas equipas de enfermagem no quotidiano contribuem para níveis elevados de cansaço e desmotivação que condicionam em certa medida a execução de tarefas suplementares. A burocracia existente a nível institucional inibiu numa fase prematura a elaboração de uma revisão da norma institucional sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica, conforme o que fora planeado inicialmente. Estes ajustes efetuados traduzem a capacidade de adaptação aos meios e recursos disponibilizados, contudo apesar da existência de algumas contrapartidas, considera-se que foi cumprido, de forma pouco precisa, o cronograma estabelecido inicialmente.



Os aspetos facilitadores do processo contam com a colaboração incansável, compreensiva e assertiva da professora de referência, assim como, com a disponibilidade e partilha da enfermeira orientadora.

Apesar dos contratempos e atritos, o facto de os estágios terem sido realizados no contexto de trabalho do estudante foram facilitadores quanto a integração nas equipas e reconhecimento do trabalho desenvolvido. A frequência no curso de aquisição de competências de enfermeiro VMER incentivou e motivou ainda mais o estudante para a conclusão do presente curso, assim como, permitiu uma complementaridade na informação e conhecimentos adquiridos.

A estrutura do curso de MEMC estabelecida pela ESS/IPS assim como, a qualidade de ensino de todos os intervenientes no processo formativo foram sem duvida uma mais-valia na aquisição de conhecimento e contributos que permitiram a conclusão dos objetivos estipulados. A possibilidade de escolha entre a realização de PDA ou PIS foi importante e facilitadora no processo de decisão.

A formação é uma parte fundamental em enfermagem, uma vez, que gera conhecimento, mantém e assegura a qualidade dos cuidados prestados. Com a realização do presente curso de MEMC, foi alcançado um nível mais elevado de conhecimento e de competências que se manifestarão na praxis enquanto enfermeiro em prol da população.

Futuramente, é esperada a continuação na aposta em formação pós-graduada, nomeadamente na vertente académica, com vista a continuação do desenvolvimento das competências em investigação.

Quanto ao trabalho realizado, tal como foi referido anteriormente, é expectável proceder-se à publicação do mesmo em revista ou base de dados científica de forma a apoiar e fomentar o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e com isso valorizar a profissão.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ AACN (S.D.) *The AACN Synergy Model for Patient Care*. In <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification> (10/03/2015 12:59)
- ✓ Alligood, M; Tomey, A (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- ✓ Bailey, D; Stewart, J (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência. pp.629-654. ISBN 972-8383-74-6
- ✓ Benner, P (1982). *From Novice to Expert*. The American Journal of Nursing. Vol.82, 3, pp.402-407 in <http://www.jstor.org/stable/3462928> (15/05/2015 às 22:45)
- ✓ Bertoncello, K; Cavalcanti, C; Ilha, P. (2013). *Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas*. Rev. Eletr. Enf. [Internet].out/dez; 15(4):905-14. in: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19497> (11/05/2016 às 11:35)
- ✓ Botelho, L; Cunha, C; Macedo, M (2011). *O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais*. V.5, n.11, p. 121-136. Belo Horizonte: Gestão e Sociedade; ISSN 1980-5756. In: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. (12/05/2016 às 10:35)
- ✓ Briggs, D (2010). *Nursing care and management of patients with intrapleural drains*. Nursing Standard. Vol.24, 21, pp.47-55.
- ✓ Christensen, P; Kenney, J. (1990). *Nursing process: application of conceptual models*. 3ª Edição. St. Louis (MO): Mosby. ISBN 978-0801632716
- ✓ Crawford, D (2011). *Care and nursing management of a child with a chest drain*. Nursing Children and Young People. Vol.23, 10, pp.27-33
- ✓ Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE)
- ✓ Deodato, S (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0
- ✓ Diaz, N; Mursuli, A; Isaac, R; Perez, A; Gonzalez, J; et. al (2013). *Hemotórax traumático en un período de três anos*. Revista Cubana de Cirugía 2013;52 (2) 101-107



- ✓ Direção Geral de Saúde (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional. Maio. In: www.dgs.pt
- ✓ Edwards, D (1999). *The Synergy Model: Linking Patient Needs to Nurse Competencies*. Critical Care Nurse, Vol 19, 1, Feb; 1999. In <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract2.pcms?menu=certification> (11/03/2015 13:07)
- ✓ ESS/IPS (2012). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalhos de Projeto*. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- ✓ ESS/IPS (2015). *Guia de Curso 3º Semestre*. Ano Letivo 2015/2016. 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- ✓ European Resuscitation Council (2010). *Guidelines for Resuscitation 2010*. In: <http://www.cprguidelines.eu/2010/> (11/05/2016 às 11:45)
- ✓ Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X
- ✓ Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência: Manual de Serviço*. Grupo de Triagem de Manchester. 2ª Ed. Maio.
- ✓ Hardin, S; Hussey, L (2003). *AACN Synergy Model of Patient Care: Case Study of a CHF Patient*. Critical Care Nurse. Vol. 23, 1, 73-76. Feb. in <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/1/73.full> (10/03/2015 as 12:59)
- ✓ Herrington, C (2010). *Theory Critique: AACN Synergy Model of Patient Care*. University of Virginia. In <https://catherineherrington.files.wordpress.com/2010/12/theory-critique-aacn-synergy-model-r5-ceh.pdf> (10/03/2015 as 13:07)
- ✓ Kearney, K (2001). *Sheehy's Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática*. 4ª Ed. Loures: Lusociência. Cap.25. Traumatismo Torácico. Pp.315-331. ISBN:972-8383-16-9
- ✓ Kerwald, I; Endres, S (2003). *Sala de Emergência: Emergências clínicas e traumáticas*. Cap.6: Atendimento no trauma de tórax. Porto Alegre: Editora UFRGS. 1ªed.pp.123-136.ISBN:85-7025-710-4
- ✓ Kolcaba, K (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.ISBN: 0826116337
- ✓ Legare, C; Sawatzky, J (2010). *Dyspnea in the thoracic trauma patient: A human response to illness*. Journal of trauma nursing. Vol. 17, 1. Pp. 36-42. January- March.



- ✓ Lehwaldt, D; Timmins, F (2005). *Nurses' knowledge of chest drain care: an exploratory descriptive survey*. British Association of Critical Care Nurses. Nursing in Critical Care. Vol.10.4. pp.192-200.
- ✓ Lei nº111/2009 de 16 de Setembro (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).
- ✓ Lins, T; Lima, A; Veríssimo, R; Oliveira, J (2013). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. Jan/mar;15(1):34-43. in: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>. (11/05/2016 às 11:30)
- ✓ Lunney, M (2010). *Use of critical thinking in the diagnostic process*. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 21.2. Pp. 82– 88. In <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live> (12/03/2015 12:01)
- ✓ McClintick, C (2008). *Open Pneumothorax Resulting From Blunt Thoracic Trauma: A Case Report*. Journal of Trauma Nursing. Vol. 15. 2. Pp.72-76. April-June.
- ✓ Meira, P; Nunes, F; Martins, A (2009). *Manual de Trauma*. Cap.9:Traumatismos Torácicos. 5ªed. Loures: Lusociência.pp.71-77. ISBN: 978-972-8930-52-3
- ✓ Melnyk, B; Fineout-Overholt, E; Stillwell, S; Williamson, K (2010). *The Seven Steps of Evidence-Based Practice: Following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes*. American Journal of Nursing. Jan. v. 110, n.1. p.51-53 in http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_165_516_2010_08_23_DGSODKGNM_1651_SDC516.pdf. (12/05/2016 às 10:37)
- ✓ Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional da Saúde 2011-2016* in <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>
- ✓ Mishel, M (1981). *The measurement of uncertainty in illness*. Nursing Research. 30. Pp. 258-263
- ✓ Mishel, M (1988). *Uncertainty in illness*. Image: Journal of Nursing Scholarship. 20.pp. 225-231.
- ✓ Mishel, M (1990). *Reconceptualization oh the Uncertainty in illness theory*. Image: Journal of Nursing Scholarship. 22. Pp.256-262.
- ✓ Neto, B; Aun, R; Estensorom, A; Puech-Leão, P (2005). *Tratamento das lesões de aorta nos traumatismos torácicos fechados*. Jornal Vascular Br;4(3):217-26
- ✓ Nogueira, L; Padilha, K; Silva, D; Lança, E; Oliveira, E; et al. (2015). *Padrão de Intervenções de Enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score*. São



- Paulo: Rev Escola Enfermagem USP; 49:29-35. doi: 10.1590/S0080-623420150000700005 (11/05/2016 às 12:00)
- ✓ Nunes, L (2003). *Um Olhar sobre um ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lta. ISBN: 972-8383-30-4
 - ✓ Nunes, L (2006). *Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros. Maio.
 - ✓ Nunes, L (2007). *Janelas de Aprendizagem ao Longo da Vida*. Revista Percursos. nº 3. pp.6-22. ISSN: 1646-5067. in www.ess.ips.pt/percursos . (17/05/2016 23h00)
 - ✓ Nunes, L (2010). *Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Revista Percursos. nº 17, pp.3-9. ISSN 1646-5067. In http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf (17/05/2016 22h52)
 - ✓ Nunes, L (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência. ISBN 978 – 972 – 8930 – 67 – 7.
 - ✓ Nunes, L.; Amaral, M; Gonçalves, R (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2
 - ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem Ordem dos Enfermeiros. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidados> (02/05/2016 23:45)
 - ✓ Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre segurança do cliente*. ISSN 1646-2629, nº 22, p.16-22. in: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf (02/05/2016 23:42)
 - ✓ Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre Investigação*. In: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
 - ✓ Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_Dor_publicacoes.pdf (02/05/2016 23:55)



- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação de Catálogos CIPE. Programa de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-6-8
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento> (02/03/2016 11:09)
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento nº 122/2011.DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro. 8648-8653.in www.ordemenfermeiros.pt (02/03/2016 10:55)
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In www.ordemenfermeiros.pt (02/03/2016 10:50)
- ✓ Owen, S; Gould, D (1997). *Underwater seal chest drains: the patient's experience*. Journal of Clinical Nursing. Vol. 6. Pp.215-225.
- ✓ Parra, M; Guáqueta, S (2014). *Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI a la persona com trauma torácico penetrante*. av.enferm, XXXII (2): 184-190
- ✓ Richmond, T; Aitken, L. (2011). *A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research*. Journal of Advanced Nursing, 67 (12),2741 – 2753. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x (11/05/2016 às 12:02)
- ✓ Riera, R; Jimenez, A (2012). *Actuacion Enfermera ante el manejo inadecuado de paciente politraumatizado*. CiberRevista - Revista Científica de la sociedad espanola de enfermagem de urgências y emergências. 3ª Época. 25. Mayo-junio.
- ✓ Ruivo, A; Ferrito, C; Nunes, L (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março. ISSN 1646-5067.
- ✓ Sallum, A; Santos, J; Lima, F. (2012). *Diagnósticos de Enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Jan.-fev;20(1)
- ✓ Sallum, A; Sousa, R. (2011). *Diagnósticos de Enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento*. Acta Paul Enferm;25(2):256-62
- ✓ Santos, C; Pimenta, C, Nobre, M. (2007) – *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Revista Latino Americana Enfermagem. Maio-Junho,15, 3. In www.eerp.usp.br/rlae (15/05/2015 às 16:57)



- ✓ Stewart, D (2014). *Blunt Chest Trauma*. Journal of trauma nursing. Vol. 21, 6. Pp. 282-284. November- December.
- ✓ Stillwell, S; Fineout-Overholt, E; Melnyk, B; Williamson, K (2010). *Searching for the evidence: strategies to help you conduct a successful search*. American Journal of Nursing, jan., v. 110, n.1. p. 51-53. In: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf. (12/05/2016 às 10:36)
- ✓ Swearingen, P; Keen, J (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-52-5
- ✓ Unsworth, A; Curtis, K; Asha, S (2015). *Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and helth service delivery*. Scandinavian Journal of Trauma. Resuscitation and Emergency Medicine (2015) 23:17 DOI 10.1186/s13049-015-0091-5 (11/05/2016 às 11:28)
- ✓ Valente, M; Catarino, R; Casal, D; et. al. (2013). *Emergência Trauma*. Versão 1.0, 2ª edição. Lisboa: INEM. ISBN 978-989-8646-02-6
- ✓ van Miert C, Dwan K, Hill R, et al. (2012). *Suction versus no suction for chest drain management*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 7. Art. No. CD009939. DOI: 10.1002/14651858.CD009939. (11/05/2016 às 11:32)
- ✓ Woodrow, P (2013). *Intrapleural Chest drainage*. Nursing Standard. Vol.27, 40, pp.49-56.
- ✓ Yamamoto, L; Schroeder, C; Beliveau, C (2005). *Thoracic Trauma: The deadly dozen*. Critical Care Nurses Q. Vol. 28, 1. Pp. 22-40. Lippicott Williams& Wilkins, Inc.



ANEXOS



Anexo I – Fluxograma de Triagem (adulto)

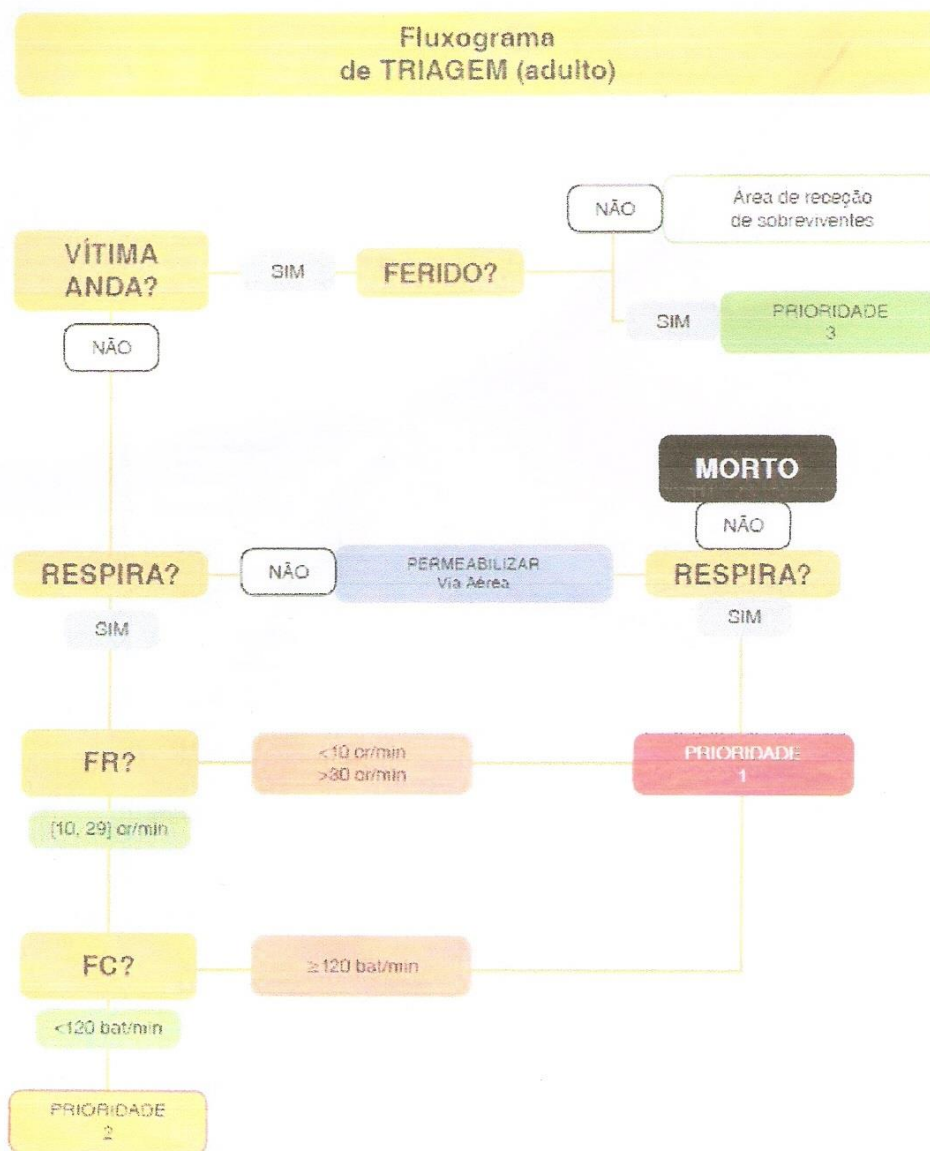


Figura 5 – Fluxograma de Triagem Primária do Adulto

Conceção: Nuno Oliveira, Miguel Oliveira (IPS/ESE) e Nuno Sousa (CBSS) – Maio de 2015



Anexo II – Triagem Secundária



TRIAGEM SECUNDÁRIA

A Triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas.

Baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS (Figura 9) é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos.

A categorização das vítimas é atribuída segundo a pontuação obtida no TRTS, da seguinte forma:

- TRTS = [1, 10] Prioridade 1;
- TRTS = 11 Prioridade 2;
- TRTS = 12 Prioridade 3;
- TRTS = 0 Morto.

		Hora: _____	Hora: _____		
Abertura Olhos					
Esponâneos	4	+	+		
A estímulos verbais	3				
A dor	2				
Nenhuma	1				
Resposta Verbal					
Orientada	5	+	+		
Confusa	4				
Discurso inapropriado	3				
Discurso incompreensível	2				
Resposta Motora					
Obedece a comandos	6	+	+		
Nenhuma	1				
ESCALA COMA GLASGOW TOTAL					
				+	+
ESCALA COMA GLASGOW TOTAL	13-15: 4				
	9-12: 3				
	6-8: 2				
Frequência					
		+	+		
	10-29: 4				
	1-9: 3				
	0: 2				
TA Sistólica					
		+	+		
	90: 4				
	76-89: 3				
	50-75: 2				
		=	=		
TOTAL					

11 > PRIORIDADE 3
 11 > PRIORIDADE 2
 10 < PRIORIDADE 1

Figura 9 – Sistema de Pontuação do TRTS.
As setas da triagem apresentam estes campos prontos no seu interior

Conceção: Nuno Oliveira, Miguel Oliveira (IPS/ESE) e Nuno Sousa (CBSS) – Maio de 2015



APÊNDICES



Apêndice I – Ficha de Diagnóstico de Situação



Definição do Problema

Estudante: Luís Filipe de Sousa Meireles
Instituição: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto: Cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>Englobado na Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica do 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o estudante optou pela realização de um Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA). Este projeto, elaborado no decorrer do estágio respetivo à UC, prende-se com a identificação de uma necessidade sentida pelo próprio estudante no sentido de aumentar/desenvolver conhecimentos sobre traumatologia, mais especificamente, traumatismo torácico, para que possa apresentar no futuro uma resposta mais eficaz e suportada pela evidência científica atual, no sentido de almejar a excelência nos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, mais especificamente, à pessoa vítima de trauma torácico e com drenagem torácica.</p> <p>Trata-se de uma problemática recorrente na praxis de um enfermeiro de um serviço de Urgência. O processo, desde a identificação e preparação para a intervenção mais adequada, até aos cuidados de Enfermagem à pessoa (antes, durante e após a mesma) são fundamentais para a eficácia do plano terapêutico, assim como, para assegurar a “melhor” experiência possível por parte da pessoa face a uma situação de crise.</p> <p>O défice de conhecimentos aprofundados sobre esta temática emergiu a necessidade de elaboração de uma pesquisa aprofundada e sistematizada sobre o mesmo, de forma a possibilitar, no futuro, uma intervenção de excelência por parte do enfermeiro.</p> <p>Os conhecimentos adquiridos durante este percurso possibilitarão ao enfermeiro agir como referência no seio da equipa, assim como, disponibilizar informação/formação aos restantes elementos.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>Internacionalmente, cada vez mais, a prática de Enfermagem é baseada na evidência, o que permite o desenvolvimento e um aumento da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Lehwaldt & Timmins, 2005).</p> <p>Recorrentemente os enfermeiros de um serviço de Urgência lidam com situações de trauma torácico, assim como, com a colocação/manutenção de drenagens torácicas, pelo que é importante que os mesmos tenham um conhecimento bem estruturado sobre as indicações/complicações e boas práticas associadas. Segundo Briggs (2010), a maioria dos enfermeiros que trabalhem em ambiente hospitalar irão encontrar pessoas com drenagens torácicas em algum ponto da sua carreira.</p> <p>O conhecimento adquirido pelo enfermeiro na formação base, não é por si suficiente para apresentar uma resposta efetiva a situações deste nível de complexidade. Por outro lado, a não ser que seja adquirido pela experiência prática do seu quotidiano, o enfermeiro necessita de apostar na sua formação contínua para dar resposta as diversas situações com que se depara na sua praxis. Este dever está contemplado no Artigo 88º do Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, nomeadamente na alínea b) onde o enfermeiro assume o dever de “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” e na alínea c) onde assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma</p>



competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas.”

Segundo PulsMcColl et al. (2001) citado por Lehwaldt & Timmins (2005), o tratamento e vigilância da dor em pessoas com drenagens torácicas é fundamental no processo de enfermagem, contudo a evidência sugere diferentes níveis de conhecimentos e de capacidade de intervenção entre os enfermeiros.

Uma prática segura e competente requer não só o entendimento da anatomia, fisiologia e fisiopatologia do espaço pleural mas também um conhecimento excelente dos princípios básicos do funcionamento de uma drenagem torácica. O conhecimento dos enfermeiros é imperativo para prevenir potenciais complicações, que poderão, entre outras, aumentar o stress à pessoa ou aumentar o tempo de recuperação/ internamento. (Lehwaldt & Timmins, 2005).

Quais as intervenções de Enfermagem a uma pessoa vítima de traumatismo torácico?

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

Os traumatismos torácicos somam aproximadamente 25% das mortes associadas a eventos traumatológicos nos EUA.

As lesões de grandes vasos, ou ruturas cardíacas usualmente resultam em morte imediata. As mortes precoces são as que ocorrem entre 30 minutos a 3 horas, como no caso de tamponamento cardíaco, pneumotórax sobre tensão, aspiração ou obstrução da via aérea. Por norma, algumas destas lesões (a maioria cardíaca) requer uma intervenção cirúrgica emergente, contudo muitas lesões que envolvem os pulmões e a pleura podem ser tratadas de forma não cirúrgica por intermédio da aplicação dos princípios básicos de trauma que podem reduzir substancialmente a morbilidade e mortalidade relacionada com este tipo de lesões. Um conhecimento aprofundado sobre fisiopatologia das lesões cardiopulmonares é de extrema importância para um tratamento de excelência e para a obtenção da melhor resposta da pessoa face a esta situação (Yamamoto, Schroeder & Beliveau, 2005).

Neste sentido, o estudante irá realizar uma revisão de literatura integrada com recurso a instrumentos da Revisão Sistemática de Literatura, nomeadamente a metodologia PI(C)O, permitirá efetuar uma pesquisa estruturada, determinando o grau de evidência científica de cada artigo pesquisado.

Benner (1982) sugere que os enfermeiros poderão ser classificados em diversos níveis de proficiência de acordo com as suas competências, desenvolvimento e experiência da sua prática. O SUG atualmente tem uma equipa de Enfermagem bastante heterogénea no que diz respeito à experiência dos enfermeiros em contexto de urgência, assim como, na experiência profissional de uma forma geral. Neste sentido, e especialmente por existirem vários elementos principiantes em contexto de urgência, segundo os níveis definidos por Benner, a abordagem e posterior partilha/formação sobre esta temática torna-se ainda mais pertinente.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Falta de formação em serviço sobre a temática;

Inexistência de uma norma atualizada sobre cuidados de Enfermagem à pessoa com drenagem torácica;

Existência de vários elementos da equipa que não têm formação/experiência adequada sobre o tema;

Integrações parciais e com tempo reduzido de novos enfermeiros no SUG.



Determinação de prioridades

Desenvolvimento profissional sobre a temática;
Aplicação prática do conhecimento adquirido;
Atualização da norma de procedimento relacionada com drenagens torácicas no SUG;
Partilha/formação dos pares sobre o tema segundo as recomendações atuais baseadas na evidência.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

Melhorar os cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de trauma torácico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar as boas práticas de Enfermagem relacionadas com os vários tipos de trauma torácico;
Atualizar a norma de procedimento sobre os cuidados à pessoa com Drenagem torácica no SUG;
Partilhar o conhecimento adquirido com a de Enfermagem do SUG.

Referências Bibliográficas

- ✓ Benner, P. (1982) – From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*. Vol.82, 3, pp.402-407 in <http://www.jstor.org/stable/3462928> (15/05/2015 às 22:45)
- ✓ Briggs, D. (2010) – Nursing care and management of patients with intrapleural drains. *Nursing Standard*. Vol.24, 21, pp.47-55.
- ✓ Lehwaldt, D. & Timmins, F. (2005) – Nurse's Knowledge of chest drain care: an exploratory descriptive survey. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*. Vol.10, 4, pp.192-200.
- ✓ Santos, C; Pimenta, C. & Nobre, M. (2007) – A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Maio-Junho,15, 3. In www.eerp.usp.br/rlae (15/05/2015 às 16:57)
- ✓ Yamamoto, L; Schroeder, C & Beliveau, C. (2005) – Thoracic Trauma: The deadly dozen. *Critical Care Nurses*. Vol.28, 1, pp.22-40.
- ✓ Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

Data: 15/05/2015

Assinatura: Luís Filipe Meireles



Apêndice II – Ficha de Planeamento de Projeto



Planeamento do Projeto

Estudante: Luís Filipe de Sousa Meireles	Orientador: Professora Doutora Lurdes Martins Enfermeira Mónica Veríssimo
Instituição: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto: Cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Melhorar os cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de trauma torácico</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <p>Identificar as boas práticas de Enfermagem relacionadas com os vários tipos de trauma torácico;</p> <p>Atualizar a norma de procedimento sobre os cuidados à pessoa com Drenagem torácica no SUG;</p> <p>Partilhar o conhecimento adquirido com a equipa de Enfermagem do SUG.</p>	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p> <p>Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência – Filomena Sanches</p> <p>Orientadora / Enfermeira Especialista – Mónica Veríssimo</p>	



<p style="text-align: right;">Data: 17/06/2015 Assinatura: Luís Filipe de Sousa Meireles</p>					
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Identificar as boas práticas de Enfermagem relacionadas com os vários tipos de trauma torácico;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão integrada de literatura em base de dados científicas sobre o tema, sob a metodologia PI(C)O e com avaliação posterior dos artigos selecionados através de grelhas de determinação do nível de evidência; ✓ Apresentação de resultados obtidos à docente, enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora do serviço; 	Professora Doutora Lurdes Martins; Enfª Mónica Veríssimo; Enfª Filomena Sanches	Computador com acesso a internet (bases de dados científicas); Literatura sobre a matéria (CRAI ESS)	*Cronograma	✓ Comentários/sugestões da docente de referência, enfermeira orientadora e coordenadora do serviço
Atualizar a norma de procedimento sobre os cuidados à pessoa com Drenagem torácica no SUG;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa bibliográfica; ✓ Ajustar a norma de procedimentos ao equipamento disponível no serviço. 	Professora Doutora Lurdes Martins; Enfª Mónica Veríssimo; Enfª Filomena Sanches	Computador com acesso a internet (bases de dados científicas); Literatura sobre a matéria (CRAI ESS) Material para realização de procedimento de colocação de drenagem torácica disponível na instituição	*Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprovação da norma pela direção de enfermagem da instituição; ✓ Executar grelha de avaliação para a aplicação da norma apresentada;



Partilhar o conhecimento adquirido com a equipa de Enfermagem do SUG.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ações de formação em serviço sobre o tema: Abordagem à pessoa vítima de trauma torácico; Norma de Procedimento de colocação de Drenagem Torácica. ✓ Avaliar a formação. 	Professora Doutora Lurdes Martins; Enfª Monica Veríssimo; Enfª Filomena Sanches; Enfª Sandra Contreiras (Respo. Formação em serviço)	Data Show; Projetor; Sala formação; Computador; Documentos de avaliação de formação em serviço; Material para realização de procedimento de colocação de drenagem torácica disponível na instituição.	*Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da formação em serviço pelos participantes; ✓ Participação de pelo menos 1/3 da equipa de Enfermagem do SUG; ✓ Observação participante no serviço para avaliação das práticas da equipa de enfermagem.
---	---	--	---	-------------	--



Orçamento:

Recursos Humanos: Professora Doutora Lurdes Martins (docente); Enfª Mónica Veríssimo (orientadora); Enfª Filomena Sanches (coordenadora SUG); Enfª Sandra Contreiras (Responsável pela Formação em serviço); Enf. Filipe Ferro (perito)

Recursos Materiais: Material Informático; Material para execução da norma de procedimento de colocação de drenagens torácicas disponível na instituição.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

A gestão de tempo no que diz respeito à conciliação das atividades planeadas semanalmente, a realização do estágio e as obrigações relativas à carga horária adjudicada ao vínculo contratual enquanto enfermeiro da instituição. Um planeamento preciso e atempado das atividades permitirá ultrapassar a escassez de tempo para realização das atividades planeadas.

Data: 17/06/2015

Assinatura: Luís Filipe de Sousa Meireles **Docente:** Professora Doutora Maria de Lurdes Martins



Apêndice III – Cronograma



CRONOGRAMA

MESES ATIVIDADES	2015									2016	
	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO
Diagnóstico de Situação					FÉRIAS						
Planeamento											
Pesquisa Bibliográfica											
Revisão Integrada Literatura											
Revisão Norma Drenagem Torácica											
Apresentação da Norma / Formação em Serviço											
Observação Participante Unidade de Cuidados Paliativos											
Observação Participante Comissão de Controlo de Infecção											
Elaboração Relatório											



Apêndice IV – Artigo Científico: *Cuidados de Enfermagem à Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico.*



CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO TORÁCICO

Meireles, Luís Filipe de Sousa¹

Martins, Maria de Lurdes²

RESUMO:

Recorrentemente os enfermeiros de um serviço de Urgência lidam com situações de trauma torácico, pelo que é importante que os mesmos tenham um conhecimento bem estruturado sobre as indicações/complicações e boas práticas associadas. Durante o percurso da pessoa vítima de trauma torácico, isto é, desde o pré-hospitalar até à reabilitação, o enfermeiro desempenha um papel vital no processo de saúde da pessoa. O conhecimento sobre a fisiopatologia e comportamento do mecanismo de trauma permite ao enfermeiro prestar cuidados à pessoa e família de forma individualizada e baseado na evidência.¹ Através da elaboração de uma Revisão Integrativa de Literatura pretende-se obter conhecimento atualizado sobre os Cuidados de Enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico com vista a consolidação de conhecimentos sobre traumatologia, mais especificamente, traumatismo torácico, de forma a permitir, futuramente, uma resposta mais eficaz e suportada pela evidência científica, no sentido de almejar a excelência nos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem; Traumatismo Torácico; Intervenções de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem

ABSTRACT:

Recurrently emergency department nurses deal with chest trauma situations, so it is important that they have a well structured knowledge about complications and best practices associated. Nurses play a vital role, since the pre-hospital approach until the rehabilitation in person victim of chest trauma health process. The knowledge about the pathophysiology and behavior of the trauma mechanism allows the nurses provide individually care to the person and family based on evidence. Through the development of an Integrative Literature Review seeks to obtain updated knowledge about the nursing care to the person a victim of thoracic trauma in order to consolidate knowledge about trauma, more specifically, thoracic trauma, in order to allow, in the future, a more effective response supported by scientific evidence, in order to strive for excellence in nursing care to the person in critical condition.

Key words: nursing; chest trauma; nursing interventions; nursing diagnoses

¹ Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal; Enfermeiro

² Doutorada em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica



A realização do presente artigo surge inserido no 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a quando da elaboração de um Projeto de Desenvolvimento Académico e prende-se com a identificação de uma necessidade sentida pelo próprio estudante no sentido de aumentar/desenvolver conhecimentos sobre traumatologia, mais especificamente, traumatismo torácico, para que possa apresentar no futuro uma resposta mais eficaz e suportada pela evidência científica atual, no sentido de almejar a excelência nos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, mais especificamente, à pessoa vítima de trauma torácico.

Trata-se de uma problemática recorrente na prática de um enfermeiro de um serviço de Urgência. O processo, desde a identificação e preparação para a intervenção mais adequada, até aos cuidados de Enfermagem à pessoa (antes, durante e após a mesma) são fundamentais para a eficácia do plano terapêutico, assim como, para assegurar a “melhor” experiência possível por parte da pessoa face a uma situação de crise.

No sentido de almejar uma pesquisa aprofundada e sistematizada sobre a temática, recorreu-se à elaboração de uma Revisão integrativa da literatura. de forma a possibilitar, no futuro, uma intervenção de excelência por parte do enfermeiro, e possibilitar de igual forma, o agir como referência no seio da equipa.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Os traumatismos torácicos somam aproximadamente 25% das mortes associadas a eventos traumatológicos nos EUA.² Os enfermeiros de um serviço de Urgência, recorrentemente lidam com situações de trauma torácico, pelo que é importante que os mesmos tenham um conhecimento bem estruturado sobre as indicações/complicações e boas práticas associadas.

As lesões de grandes vasos, ou ruturas cardíacas usualmente resultam em morte imediata. As mortes precoces são as que ocorrem entre 30 minutos a 3 horas, como no caso de tamponamento cardíaco, pneumotórax sobre tensão, aspiração ou obstrução da via aérea. Por norma, algumas destas lesões (a maioria cardíaca) requer uma intervenção cirúrgica emergente, contudo muitas lesões que envolvem os pulmões e a pleura podem ser tratadas de forma não cirúrgica por intermédio da aplicação dos princípios básicos de trauma que podem reduzir substancialmente a morbilidade e mortalidade relacionada com este tipo de lesões. Um conhecimento aprofundado sobre fisiopatologia das lesões cardiopulmonares é de extrema importância para um tratamento de excelência e para a obtenção da melhor resposta da pessoa face a esta situação.³

O conhecimento adquirido pelo enfermeiro na formação base, não é por si suficiente para apresentar uma resposta efetiva a situações deste nível de complexidade. Por outro lado, a não ser que seja adquirido pela experiência



prática do seu quotidiano, o enfermeiro necessita de apostar na sua formação continua para dar resposta as diversas situações com que se depara na sua prática. O conhecimento dos enfermeiros é imperativo para prevenir potenciais complicações, que poderão, entre outras, aumentar o *stress* à pessoa ou aumentar o tempo de recuperação/ internamento.⁴

MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

No sentido de alcançar o objetivo proposto, optou-se pela realização de uma Revisão Integrativa de Literatura, como tal foram planeadas as seguintes atividades/estratégias: a aplicação do método *PI(C)O(T)* (População, Intervenção, Comparação, *Outcome*, Tempo) para a formulação da pergunta de investigação - Quais as intervenções de Enfermagem a uma pessoa vítima de traumatismo torácico?

A utilização de artigos pertencentes a bases de dados científicas, nomeadamente através da pesquisa via *EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; COCHRANE Database of Systematic Reviews; COCHRANE Methodology Register; Library, Informatin Science & Technology Abstracts; Mediclarna; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database)* e *SciELO*, submetidos posteriormente a avaliação do seu nível de evidência e ajustabilidade ao trabalho em desenvolvimento, sendo preferencialmente utilizadas os artigos com maior nível de evidência.

RESULTADOS

Na pesquisa efetuada via *EBSCO* foram utilizadas as palavras-chave com a seguinte orientação: “*Thoracic Trauma*” limitado a textos completos e com limite temporal (2010-2016) tendo sido devolvidos 174 artigos. No sentido de reduzir o leque de artigos foi adicionado às palavras-chave “*thoracic trauma*” AND “*Nursing*” mantendo os critérios de inclusão/exclusão anteriores, obtendo-se 4 artigos. Para a pesquisa “*Chest Trauma*” com texto completo e com limite temporal (2010-2016) obteve-se 362 artigos, pelo que se adicionou a palavra-chave “*nursing*” originando um total de 3 artigos.

Complementarmente efetuou-se a pesquisa na mesma base de dados, e com os mesmos filtros aplicados, isto é, a limitação a textos integrais e pertencentes ao espaço temporal após 2010, com as palavras-chave “*nursing diagnosis*” AND “*trauma*” obtendo-se deste modo 12 resultados. Com as palavras-chave “*nursing interventions*” AND “*trauma*” foram devolvidas 29 publicações.

No total das pesquisas efetuadas, e de acordo com os critérios estabelecidos, eliminando a duplicação de resultados e os artigos cujo conteúdo, através da leitura do resumo, não apresentavam relevância para o trabalho em estudo, obtiveram-se no total 6 artigos para serem submetidos a avaliação do seu nível de evidência de acordo com o tipo de estudo efetuado. A nível da pesquisa efetuada na base *SciELO*, para as palavras-chave “*Trauma Torácico*” com a aplicação de filtros,



nomeadamente a limitação temporal de artigos datados posteriormente a 2010, cumulativamente com artigos apenas da área das ciências da Saúde, o resultado obtido foi de 53 artigos. Outra pesquisa efetuada nesta base de dados, com as palavras-chave “Diagnósticos Enfermagem Trauma” com o critério de inclusão temporal de artigos datados entre 2010 e 2016, obtiveram-se 5 resultados. Quanto à pesquisa efetuada com os termos “intervenções enfermagem trauma” foram alcançados 4 artigos no total.

Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos sem texto integral, artigos cujo conteúdo não apresentasse manifesta ligação com o presente trabalho após leitura dos títulos das publicações, dos resumos e das palavras-chave. Desta forma, nesta base de dados, ficaram pré-selecionados 7 artigos.

No seguimento da implementação da Revisão integrativa de literatura foi efetuada uma categorização dos estudos por nível de evidência.

DISCUSSÃO

Os estudos apresentados apresentam várias metodologias e abordam temáticas específicas distintas. Este facto não permite que exista uma comparação / correlação entre os conteúdos pelo que se assume os contributos de todos os artigos analisados no sentido de obter uma compilação de conhecimento sobre a matéria. Nos casos em que existe relação entre os dados apresentados em dois ou mais

artigos, e no caso de discrepância entre os mesmos, opta-se pela informação disponibilizada pelo artigo com maior nível de evidência.

Dos 12 artigos selecionados para análise obtiveram-se diferentes níveis de evidência científica, nomeadamente: **um** artigo com nível de evidência I; **um** artigo com nível de evidência II; **três** artigos com nível de evidência III; **um** artigo com nível de evidência IV; **cinco** artigos com nível de evidência V; **um** artigo com nível de evidência VI. O facto de existir um predomínio nos artigos baseados em revisões integrativas ou em estudos de caso poderá ser um indicador que existe ainda um investimento reduzido na temática abordada em termos de investigação em enfermagem. A correlação entre artigos é reduzida o que corrobora em certa medida esta mesma situação.

O trauma acarreta consequências sociais e económicas tanto para as pessoas vítimas de trauma como para a sociedade. As lesões relacionadas com um evento de trauma podem ocasionar incapacidades físicas e ou mentais, temporárias ou permanentes e também levar ao óbito.⁵

Apenas 55% das pessoas vítimas de trauma conseguem alcançar a sua função máxima até 3 anos após o evento traumático. A qualidade de vida relacionada com a saúde é menor nas pessoas vítimas de trauma nos 18 meses subsequentes ao evento traumático quando comparada com a normalidade da população em geral. Os problemas incluem memórias



delirantes e dor relacionada com as lesões. Da mesma forma, 10-20% das pessoas feridas referem *stress* pós-traumático e 18% apresentam depressão 12 meses após o evento¹. As vítimas de traumatismo torácico são uma população que se apresenta como um desafio na abordagem de um enfermeiro. Os enfermeiros prestam mais cuidados diretos às pessoas vítimas de trauma do que qualquer outro profissional de saúde. A excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma requer a aquisição de várias competências e conhecimentos; desenvolver um elevado índice de suspeição baseado no mecanismo de lesão associado; agir rapidamente baseado em avaliações precisas; antecipar e perceber o raciocínio para as intervenções *life-saving*, assim como, avaliar a eficiência das intervenções efetuadas.^{1,5,7} O enfermeiro tem que estar apto para identificar rapidamente as lesões ou antecipar potenciais lesões com base na localização anatómica e no mecanismo de lesão associado.¹ Os enfermeiros estão envolvidos em todo o processo da pessoa vítima de trauma e assumem um papel preponderante desde a chegada da pessoa à sala de trauma até às consultas de acompanhamento pós crise.⁸

Algumas das responsabilidades do enfermeiro, inerentes no cuidado à pessoa vítima de trauma, são ajudar a pessoa a obter os cuidados necessários à sua situação, monitorizar e salvaguardar a qualidade do cuidado prestado, respeitando os direitos valores e crenças da pessoa, tomando ações no sentido de assegurar

que os restantes elementos da equipa de saúde também os reconheçam; agir como elo de ligação entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar.⁶

As intervenções de enfermagem representam direta e indiretamente o processo do cuidado que é realizado de forma a influenciar os resultados de saúde da pessoa. Numa fase inicial, os enfermeiros em situação de emergência adotam processos baseados em algoritmos, assim como, a avaliação e a intervenção é realizada quase em simultâneo de forma a aumentar a probabilidade de sobrevivência. Um exemplo clássico inclui a avaliação ABC (*airway, breathing and circulation*), adotada em todos os algoritmos de emergência e suporte avançado de vida, na qual se insere a abordagem pré-hospitalar de uma pessoa vítima de trauma torácico. Os enfermeiros, tal como todos os elementos da equipa multidisciplinar focam-se na transmissão de cuidados baseados na evidência, contudo a integração destes conteúdos poderá ser difícil no que a situações de trauma diz respeito. Em situações de trauma podem-se definir três resultados esperados a longo prazo, nomeadamente; aumento da sobrevivência e redução das morbilidades; promover e manter a dignidade pessoal e humana; maximizar a qualidade de vida e a recuperação física, funcional e psicológica.⁶

As recomendações descritas na literatura apontam para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem estruturado e dirigido para satisfazer as necessidades prioritárias da



pessoa identificadas de uma forma geral, tendo em consideração o bem-estar físico e mental, a minimização de riscos e a recuperação prematura.⁹ Todos estes passos deverão ser executados enquanto se presta cuidados de forma holística e ajustada a cada pessoa.¹

Trauma fechado

Os traumatismos torácicos fechados estão associados a uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade. As fraturas de costelas constituem uma das componentes principais nos traumatismos torácicos fechados, sendo que por cada fratura de costela adicional na população mais idosa aumenta a hipótese de mortalidade em 19% e de desenvolver pneumonia em 27%. Este tipo de trauma poderá causar um decréscimo no volume pulmonar, atelectasias, e poderá progredir para pneumonia, falência respiratória, necessidade de ventilação prolongada e eventualmente morte. O tratamento dos traumas torácicos fechados foca-se na combinação de analgesia eficaz, fixação cirúrgica, cinesioterapia e mobilização precoce contínuos.²

Se a **dor** associada a fratura de costelas em traumatismos torácicos não for tratada convenientemente e a tempo, poderão surgir várias complicações que poderão resultar em morte, insuficiência pulmonar a longo termo, aumento do tempo de internamento hospitalar e o aumento de recursos de saúde. O alívio da dor inadequado ou atrasado também faz com que as pessoas comam menos, durmam mal, sofram de *stress* psicológico, sofram restrição na mobilidade e compromete a sua

participação nas atividades de vida diárias contínuos.²

Vários estudos citam que a estabilização cirúrgica de fraturas de costelas pode reduzir a dor, favorecer e otimizar a ventilação mecânica assim como diminuir o tempo de hospitalização.¹⁰

Apesar da fixação cirúrgica apresentar benefícios nos resultados obtidos, especialmente em situações de retalho costal, a sua aplicação é limitada pelas dificuldades na definição do grupo populacional alvo e a baixa incidência de fixação de costelas a nível dos centros de trama.²

Apesar das possíveis complicações associadas à ventilação mecânica, esta continua a ser indicada nas situações de retalho costal, na presença de outras lesões graves ou nas pessoas com compromisso respiratório persistente ou falência após analgesia suficiente. A ventilação assume-se como uma modalidade de tratamento importante nas fraturas de costelas uma vez que atenua a redução da amplitude respiratória associada à fratura de costelas. Alguns estudos demonstram que a utilização de CPAP apresenta melhores resultados neste tipo de doentes que a EOT com ventilação mecânica, visto que permanecem menos tempo em UCI e desenvolvem menos complicações associadas à ventilação mecânica.²

A drenagem pleural mantém-se como o procedimento cirúrgico mais utilizado nas situações de hemotórax traumático, ficando a



toracotomia de urgência reservada para doentes específicos com indicações precisas.¹¹

Trauma penetrante

Estão documentados casos de pneumotórax abertos desde 326 a.C. Nos últimos 50 anos, o conhecimento da epidemiologia e do tratamento do trauma penetrante provem da cirurgia militar.¹⁰

Apos a estabilização de uma via aérea segura, o tratamento imediato para um pneumotórax aberto envolve a colocação de um penso oclusivo sobre a ferida fixo em três lados. Conforme a pessoa inspira, o penso é aspirado sobre a ferida evitando a entrada de ar; quando a pessoa expira, o ar sai sobre o lado não fixo do penso. Enquanto o penso ajuda a prevenir a entrada de ar no tórax, um dreno torácico é necessário para assegurar que o pulmão se mantém insuflado. Dever-se-á monitorizar continuamente a instabilidade hemodinâmica e respiratória da pessoa no sentido de evitar o surgimento de complicações, como por exemplo, o pneumotórax hipertensivo. A dispneia; a hipotensão, taquicardia, a pele fria e viscosa, o ingurgitamento jugular e o desvio da traqueia para o lado não afetado poderão ser sinais do desenvolvimento de um pneumotórax hipertensivo. Para a efetivação da recuperação da pessoa e para a promoção de uma função respiratória eficaz é necessária um bom aporte de ventilação mecânica adequada, toilette brônquica; aspiração de secreções; e um plano de tratamento da dor eficaz.¹⁰

No caso de dispneia / ventilação comprometida devido ao evento de trauma, seja fechado ou

penetrante, deverá ter-se em consideração alguns aspetos observáveis e mensuráveis associados:

Observáveis: Alteração do estado de consciência; Taquipneia; taquicardia; cianose; Adejo nasal; Utilização de músculos acessórios; estridor; desvio da traqueia; Ingurgitamento jugular; Expansão torácica assimétrica; verbalização; diminuição ou ausência do fluxo respiratório.

Mensuráveis: Gasometria arterial; Teste de função pulmonar; RX Tórax; TAC Torácico; SaO₂; Capnografia.

Os enfermeiros deverão utilizar estes dados associados com uma avaliação abrangente da ventilação, para determinar a gravidade da condição da pessoa e desenvolver um plano de cuidados apropriado e individualizado. A literatura não refere nenhum aspeto que evidencie a vivência de dispneia em processo de trauma torácico, contudo, em situação de doenças crónicas, a dispneia é frequentemente associada a sentimentos de medo e morte. De forma a assegurar um cuidado holístico à pessoa, futuramente serão necessários a realização de estudos complementares no sentido de apurar a perspetiva experiencial da dispneia na população vítima de traumatismo torácico.¹ Independentemente da causa, a abordagem inicial para o tratamento da dispneia/ compromisso da ventilação em pessoas vítimas de traumatismo torácico, deverá seguir as *guidelines* para abordagem da via aérea em vigor na instituição ou conforme a formação dos elementos que efetuam a



abordagem. As *guidelines* da *Emergency Nurses Association* e a *American College of Surgeons* para a abordagem à pessoa com compromisso da ventilação/ dispneia enunciam:

1 – Manter a via aérea permeável: manter a cabeça inclinada e/ou o queixo levantado; aspirar se necessário; adjuvante da via aérea se necessário; preparação para entubação orotraqueal - Desta forma pode-se assegurar uma correta ventilação, que poder prevenir ou melhorar a dispneia.

2 – Estabelecer oxigénioterapia da forma menos invasiva: administrar oxigénio entre 10 a 15 L/min por máscara de alto débito - Este aporte de oxigénio pode prevenir a hipoxia.

3 – Restaurar a pressão negativa intratorácica: tapar as feridas da parede torácica com penso não poroso em 3 lados; antecipar toracocentese se os sintomas de pneumotórax hipertensivo estiverem presentes; antecipar a colocação de drenagem torácica em situação de pneumo e/ou hemotórax - O objetivo da colocação da drenagem torácica é expandir o pulmão e restaurar a pressão negativa intratorácica. Estes objetivos previnem a estimulação dos recetores *J* e melhora as trocas gasosas a nível alveolar que por sua vez previne o estímulo quimiorrecetor central que resulta em dispneia.

4 – Preparar ventilação mecânica: A ventilação mecânica substitui o trabalho dos músculos da parede torácica, desta forma previne a tensão prolongada inapropriada, o estímulo propriocetor e a fadiga muscular o que contribuem para a dispneia. A ventilação

mecânica também previne a hipoxia, a hipercapnia, e o colapso alveolar (atelectasias), todas situações que comprometem a respiração. Deverá ter-se em consideração se a ventilação mecânica está ajustada as necessidades da pessoa. Os parâmetros ventilatórios desajustados levam a dispneia.

5 – Manter a perfusão: inserir dois cateteres intravenosos de grande calibre e administrar fluidoterapia - A perfusão dos capilares pulmonares facilita as trocas gasosas.

6 – Assegurar um controlo da dor adequado: farmacológico (opióides, ansiolíticos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares) e não farmacológicas (posicionamento, respiração e técnicas de relaxamento). Estes tipos de intervenções podem diminuir ou aliviar a dor - A dor pode condicionar o volume pulmonar, gerar trocas gasosas ineficazes e *stress* emocional que conduzem a dispneia.

7 - Suporte Psicossocial: uma comunicação eficaz, com suporte emocional, o envolvimento familiar e medidas de conforto podem aliviar a ansiedade associada e como tal promover uma melhoria da dispneia.¹

Processo de Enfermagem

Dos elementos que caracterizam o processo de cuidar, destacam-se os **diagnósticos de enfermagem**, isto é, o julgamento realizado pelo enfermeiro sobre uma determinada situação da prática profissional, que é foco da **intervenção de enfermagem**. Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos



vitais reais ou potenciais. Proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável.¹² Para assegurar o bem-estar da pessoa vítima de trauma torácico, o enfermeiro deverá incluir no seu plano de cuidados as necessidades especiais da pessoa, como a *dor*, a *ansiedade* e o *desconhecimento do processo de hospitalização/situação de saúde atual*.⁹ Os diagnósticos de *dor presente* e de *conforto prejudicado*, estão intimamente relacionados, uma vez que cerca de 92% das pessoas vítimas de trauma presentes no estudo efetuado, relacionaram o seu desconforto com a presença de dor. A literatura aponta para a existência de um problema de subavaliação e tratamento insuficiente da dor aguda na área da emergência.¹³ Alguns diagnósticos de enfermagem encontrados na literatura pesquisada abordam o compromisso hemodinâmico da pessoa vítima de trauma assim como, as questões relacionadas ao conforto e bem-estar da pessoa que vivencia um episódio traumático. A inclusão da família/cuidadores no processo de enfermagem permite uma abordagem holística que é um dos pilares dos cuidados de excelência em enfermagem.

No caso das pessoas que apresentem ou apresentaram um episódio de PCR, o diagnóstico sugerido será o *compromisso do sistema cardiorrespiratório*, sendo que as intervenções inerentes a este diagnóstico prende-se com a execução dos algoritmos de reanimação cardiorrespiratória (SBV e SAV).⁵

Está igualmente descrito que existe uma relação direta entre os diagnósticos de enfermagem de *sistema respiratório comprometido*, *ventilação espontânea comprometida* ou de *padrão respiratório ineficaz*, com as primeiras etapas da abordagem inicial a uma vítima de trauma, isto é, estão relacionados com a desobstrução / permeabilização da via aérea e a ventilação / oxigenação adequada. A oferta inadequada de sangue oxigenado ao cérebro e a outras estruturas vitais é o fator que mais rapidamente causa a morte da vítima de trauma pelo que existe uma estreita relação destes diagnósticos com os casos de mortalidade inerentes aos episódios de trauma. A prevenção da hipoxemia requer uma via aérea protegida e desobstruída e uma ventilação adequada. É imperativo assegurar uma via aérea permeável, administrar oxigênio e proporcionar suporte ventilatório adequado.^{5,12}

Foram identificados quatro diagnósticos de enfermagem relacionados com a reposição volémica e controlo de hemorragia associados a um evento de trauma, nomeadamente, *risco de choque*, *risco de hemorragia*, *débito cardíaco diminuído* e *risco de perfusão cerebral ineficaz*.⁵ A identificação destes diagnósticos de enfermagem permite ao enfermeiro a possibilidade de uma atuação precoce e direta no sentido de adotar medidas protetoras relacionadas com a ocorrência de choque hipovolémico.¹² Alguns estudos demonstram que os diagnósticos de enfermagem mais utilizados por especialistas nas primeiras



seis horas após o evento de trauma foram: *Risco de Infecção; Integridade cutânea prejudicada; Dor presente; Conforto prejudicado; Integridade tecidual prejudicada.*¹³

O diagnóstico de enfermagem, *risco de infecção*, segundo o estudo realizado tem como principais fatores de risco os procedimentos invasivos, as lesões decorrentes do trauma e a exposição ambiental aumentada. Estes dados apontam para a necessidade de adoção de medidas de controlo de infeção e de segurança nas intervenções invasivas no sector da emergência e no atendimento pré-hospitalar, visto ser elevado o número de procedimentos invasivos que as vítimas necessitam e, concomitantemente, a existência de uma exposição ambiental aumentada nos casos de trauma. A necessidade de rapidez na execução dos procedimentos não diminui a importância para que estes sejam realizados, respeitando os conceitos técnicos de assepsia. A negligência para com estas medidas tem repercussões negativas na evolução clínica da pessoa, sobretudo quando perante a fragilidade da condição vital das vítimas de trauma.¹³

Os diagnósticos de enfermagem, *integridade cutânea prejudicada* e *integridade tecidual prejudicada*, têm uma estreita relação com as lesões mais frequentes nas vítimas de trauma - as lesões de superfície externa e das extremidades. A imobilização física associada à abordagem da pessoa vítima de trauma, assim como, o compromisso da sensibilidade, da circulação e da mobilidade física são os

fatores relacionados mais frequentes, juntamente às lesões decorrentes do evento de trauma que poderão ser visíveis ou não. Para além dos diagnósticos referidos anteriormente, tem que se considerar que nas situações de trauma, existem também desdobramentos emocionais e espirituais que envolvem as pessoas e os familiares, desde o momento do evento traumático até sua saída do hospital por alta ou óbito.¹³

De entre as **intervenções** encontradas na literatura, enumeram-se as seguintes como as mais usuais para a manutenção e recuperação das pessoas vítimas de trauma: transportar a vítima para serviço de urgência (em situações de uma abordagem pré-hospitalar); imobilizar a pessoa com dispositivos de imobilização (em situações de uma abordagem pré-hospitalar); estabelecer acesso intravenoso para administrar terapêutica; administrar oxigénioterapia por máscara; comprimir com compressa o local da lesão e administrar terapêutica por via intravenosa. A intervenção de comprimir com compressa o local da lesão corresponde a uma prevenção de contaminação a partir da lesão de continuidade da pele, mas também a diminuição da perda hemática associada – a compressão direta aplicada sobre o foco da hemorragia é a técnica inicial empregada para o controle de hemorragia externa, aumentando a pressão extraluminal e, consequentemente reduzindo a pressão transluminal, favorecendo deste modo o controle da hemorragia. Com estes dados pode-se afirmar que esta intervenção será



ajustada aos diagnósticos de *risco de infeção* (ferida) e *risco de hemorragia* ou *hemorragia presente*.⁵

Algumas das intervenções de enfermagem ajustadas às pessoas que vivenciaram um evento de trauma, visam a diminuição da ansiedade da pessoa, e compreendem: a utilização de musicoterapia, da massagem, do toque terapêutico, da aromaterapia e de exercícios de relaxamento. Outro aspeto a ter em consideração a quando da abordagem à pessoa vítima de trauma torácico, trata-se de tentar diminuir o risco de infeção associado. Nestas situações o enfermeiro deverá identificar os fatores de risco subjacentes, como por exemplo, a duração prolongada da toracotomia, o tempo de internamento e a presença de contusões, laparotomia e hematoma retido.

Algumas das intervenções autónomas dos enfermeiros dizem respeito aos posicionamentos no leito, pelo que os enfermeiros deverão compreender a influência dos mesmos na oxigenação e **conforto** da pessoa. Recomenda-se a posição de ventral e rotação lateral continua no sentido de favorecer a oxigenação e evitar pneumonia nosocomial. A prevenção de complicações é determinante na atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa, sendo que em situações de instabilidade hemodinâmica este aspeto se torna ainda mais preponderante.

Informar a pessoa sobre os programas existentes tendo em consideração o processo de reabilitação após a alta hospitalar é também

fundamental no sentido da articulação/continuidade dos cuidados prestados.⁹

CONCLUSÃO

O presente artigo permite realizar uma abordagem geral e sistemática sobre o papel do enfermeiro à pessoa vítima de traumatismo torácico.

A traumatologia, nomeadamente, os traumatismos torácicos, são uma área com conteúdos vastos em que a abordagem de enfermagem engloba várias vertentes. Na maioria das situações, é necessária uma abordagem multidisciplinar, em que o enfermeiro desempenha um papel fundamental, mas que terá que contemplar intervenções interdependentes assim como, a articulação, delegação e encaminhamento para outros profissionais.

Para uma abordagem eficaz à pessoa vítima de trauma e em prol da qualidade dos cuidados de enfermagem, é fundamental a existência de uma consolidação de conhecimentos teórico práticos dos enfermeiros e a existência de treinos e formação contínua das equipas.^{2,12} A priorização dos cuidados de enfermagem, através da elaboração de um plano de cuidados com diagnósticos individualizados e que envolvam a família desde os momentos iniciais e durante todo o processo de recuperação ou de luto associado à eventual morte da pessoa é fundamental para prestar cuidados de excelência em enfermagem. Os conteúdos extraídos acrescentaram informações que



poderão auxiliar a atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa vítima de trauma, mais especificamente, nas situações de traumatismo torácico, quer em cenário de emergência, quer numa abordagem posterior em contexto de internamento. Torna-se elucidativo o potencial dos diagnósticos de enfermagem para priorizar os cuidados às pessoas vítimas de trauma.¹³

Os diagnósticos e intervenções identificados na literatura apresentam frequentemente uma linguagem que não vigora em Portugal, sendo que facilmente se poderão realizar adaptações para a linguagem de enfermagem adotada em Portugal, nomeadamente, a CIPE®. Todavia trata-se de uma questão potencial para futuros estudos na área do papel do enfermeiro no trauma, a realização de um resumo mínimo de dados que albergue os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem à luz da linguagem CIPE® e reconhecida pelas entidades especializadas e peritas na área.

Os dados extraídos desta revisão são muito generalistas, possivelmente condicionados pela questão de investigação traçada inicialmente, que por si só também poderá levar a um tipo de resultado generalizado por ser pouco específica / direcionada.

Os resultados obtidos confluem com aqueles que estão patentes no manual e artigos de revisão sobre a abordagem à pessoa vítima de trauma torácico, não existindo evidência de conhecimentos recentes alternativos (últimos seis anos) quando comparados com os já existentes e tomados como verdadeiros no seio da comunidade científica atual.

Serve o presente trabalho desenvolvido como uma compilação atualizada de conteúdos baseados na evidência sobre os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de traumatismo torácico e como mote para o desenvolvimento de mais trabalhos de investigação de enfermagem sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Legare, C; Sawatzky, J (2010). *Dyspnea in the thoracic trauma patient: A human response to illness*. Journal of trauma nursing. Vol. 17, 1. Pp. 36-42. January- March.
- ² Unsworth, A; Curtis, K; Asha, S (2015). *Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2015) 23:17 DOI 10.1186/s13049-015-0091-5 (11/05/2016 às 11:28)
- ³ Yamamoto, L; Schroeder, C; Beliveau, C (2005). *Thoracic Trauma: The deadly dozen*. Critical Care Nurses Q. Vol. 28, 1. Pp. 22-40. Lippicott Williams& Wilkins, Inc.
- ⁴ Lehwaldt, D; Timmins, F (2005). *Nurses' knowledge of chest drain care: an exploratory descriptive survey*. British Association of Critical Care Nurses. Nursing in Critical Care. Vol.10.4. pp.192-200
- ⁵ Lins, T; Lima, A; Veríssimo, R; Oliveira, J (2013). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. Jan/mar;15(1):34-43. in:



<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>.

(11/05/2016 às 11:30)

⁶ Richmond, T; Aitken, L. (2011). *A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research*. Journal of Advanced Nursing, 67 (12),2741 – 2753. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011. 05749.x

(11/05/2016 às 12:02)

⁷ Nogueira, L; Padilha, K; Silva, D; Lança, E; Oliveira, E; *et al.* (2015). *Padrão de Intervenções de Enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score*. São Paulo: Rev Escola Enfermagem USP; 49:29-35. doi: 10.1590/S0080-623420150000700005

(11/05/2016 às 12:00)

⁸ Stewart, D (2014). *Blunt Chest Trauma*. Journal of trauma nursing. Vol. 21, 6. Pp. 282-284. November- December

⁹ Parra, M; Guáqueta, S (2014). *Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI a la persona com trauma torácico penetrante*. av.enferm, XXXII (2): 184-190

¹⁰ McClintick, C (2008). *Open Pneumothorax Resulting From Blunt Thoracic Trauma: A Case Report*. Journal of Trauma Nursing. Vol. 15. 2. Pp.72-76. April-June.

¹¹ Diaz, N; Mursuli, A; Isaac, R; Perez, A; Gonzalez, J; *et. al* (2013). *Hemotórax traumático en un período de três anos*. Revista Cubana de Cirugía 2013;52 (2) 101-107

¹² Sallum, A; Santos, J; Lima, F. (2012). *Diagnósticos de Enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da*

emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Jan.-fev;20(1)

¹³ Sallum, A; Sousa, R. (2011). *Diagnósticos de Enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento*. Acta Paul Enferm;25(2):256-62

¹⁴ Nunes, L; Cerqueira, A; Leal, F; Gomes da Costa, F (2014). *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento Enfermagem. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN: 978-989-98206-2-

